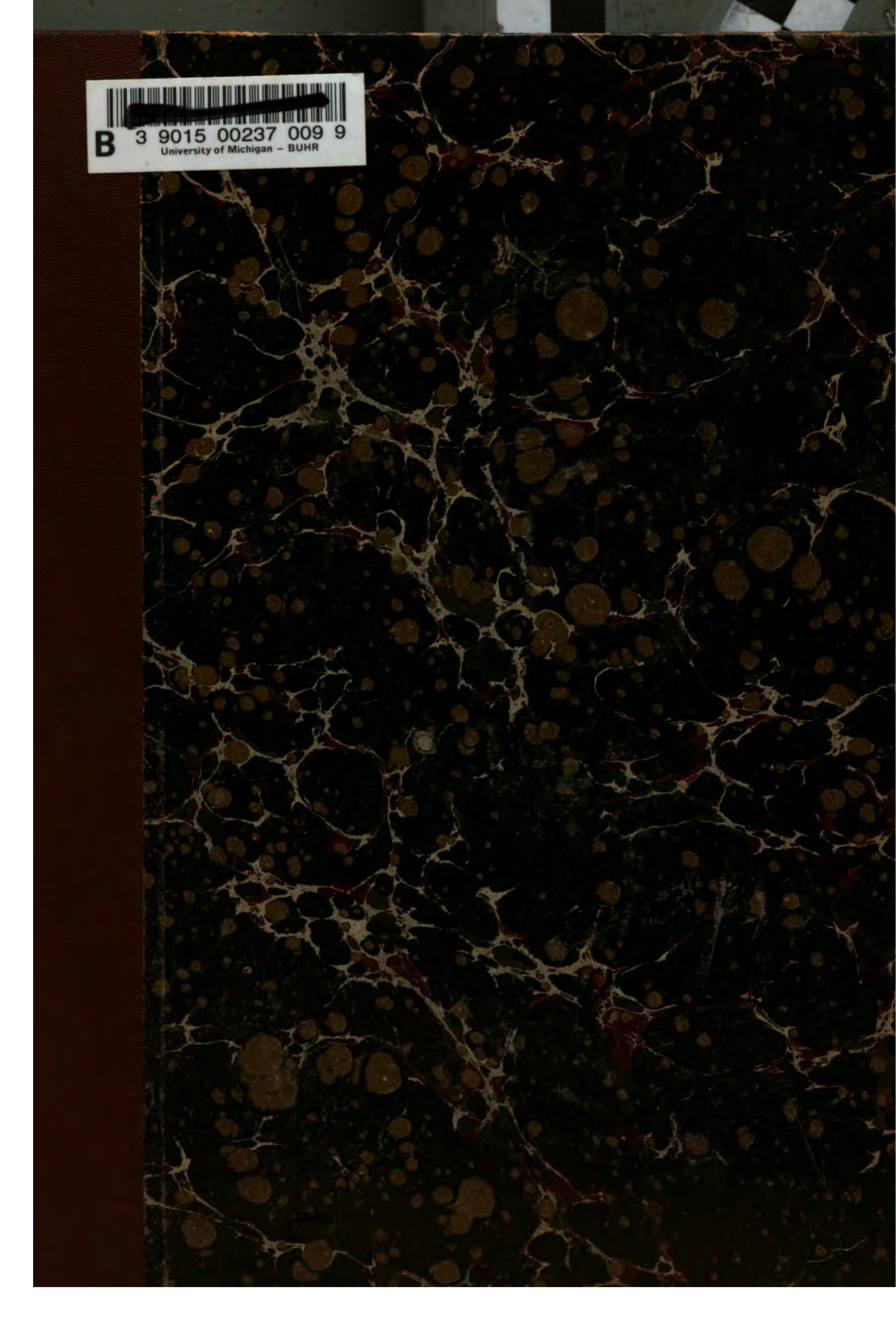
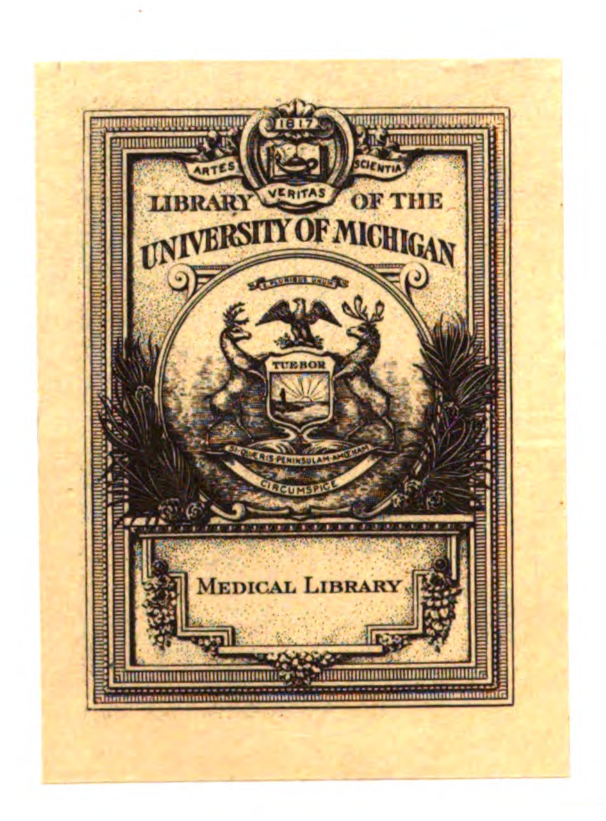
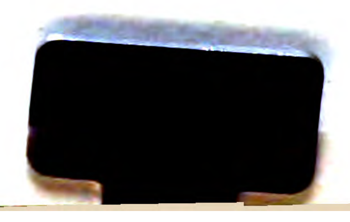


B 3 9015 00237 009 9
University of Michigan – BUHR


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



610.
H195

Hals-Nasen- und Ohrenarzt

Zeitschrift

für

Laryngologie, Rhinologie

und ihre Grenzgebiete.

Unter ständiger Mitarbeit der Herren

Hofrat Prof. O. Chiari-Wien, Professor Dr. Citelli-Catania, Professor Friedrich-Kiel, Professor Gerber-Königsberg, Geh. San.-Rat Prof. Gluck-Berlin, Dr. Goris-Brüssel, San.-Rat Graeffner-Berlin, Dr. Guthrie-Liverpool, Prof. Gutzmann-Berlin, Privatdozent Hajek-Wien, Professor Herxheimer-Wiesbaden, Geheimer San.-Rat Professor P. Heymann-Berlin, Dr. Richard Hoffmann-Dresden, Dr. Imhofer-Prag, Professor Jurasz-Lemberg, Professor Kan-Leiden, Dr. Katz-Kaiserslautern, Dr. Kronenberg-Solingen, Geh. Med.-Rat Kuhnt-Bonn, Professor Lindt-Bern, Dr. Luc-Paris, Dr. Emil Mayer-New York, Dr. Jörgen Möller-Kopenhagen, Professor Neumayer-München, Hofrat Professor von Noorden-Wien, Primararzt Dr. L. Polyak-Budapest, Prof. Seifert-Würzburg, Primararzt Alfr. von Sokolowski-Warschau, Prof. Starck-Karlsruhe, Dr. von Stein-Moskau, Professor Dr. St. Clair Thomson-London.

Herausgegeben von **Dr. Felix Blumenfeld** (Wiesbaden).

Band II.

Mit 9 Tafeln und 21 Abbildungen im Text.



Würzburg.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag).

1910.

Inhalt des II. Bandes.

Originalarbeiten.

Bemerkungen über die Operation von Septumdeformitäten; die submuköse Resektion der Crista lateralis septi.

Von

Dr. Friedr. Müller,

Hals-, Nasen- und Ohrenarzt in Heilbronn a. N.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Ausführungen Halles und Réthis im 3. und 4. Heft des ersten Bandes dieser Zeitschrift veranlassen mich, ebenfalls einige Mitteilungen über Nasenscheidewandoperationen zu veröffentlichen.

Ich halte die submuköse Nasenscheidewandresektion ebenfalls nicht für einen harmlosen Eingriff. Dabei sehe ich von Störungen, die durch eine mangelhafte Asepsis entstehen können, ganz ab. Von den meisten Patienten wird der Eingriff gut vertragen. Gesunde, kräftige Personen, welche die Mundatmung gewöhnt waren, empfinden oft überhaupt kaum die mit der Operation verbundenen Beschwerden. Andere dagegen greift die Operation ausserordentlich an; selbst wenn der Verlauf tadellos ist, fühlen sie sich in den ersten Wochen nach der Operation recht matt und sind unfähig, zu arbeiten; eine ausgesprochene Ursache für diese Beschwerden konnte ich nicht finden. In der Regel sehen diese Patienten sehr müde und blass aus; wahrscheinlich handelt es sich um eine nachhaltige ungünstige Einwirkung auf das Zentralnervensystem mit Rückwirkung auf das Gefässnervensystem; Anämie und Neurasthenie mögen die Unterlagen dafür bieten. Auch übersehene Herzleiden kommen als Ursache in Betracht. Die Neurastheniker rekrutieren sich oft aus dem Arbeiterstande; es ist nicht leicht, vor der Operation zu schätzen, wie sie ertragen wird. Kennt man die neurasthenische Empfindlichkeit seines Patienten, so kann man sie durch eine Morphiuminjektion herabsetzen.

Heftige Kopfschmerzen, die nach der Operation auftreten, rühren in der Regel von zu fester Tamponade her.

Von schweren Komplikationen beobachtete ich 2 mal akute Otitis media, einmal am 7. und einmal am 10. Tage; ferner bekam ein Patient am 8. Tage eine schwere Angina; 2 Tage vorher hatte ich ihn abends in einem Rauchlokal gesehen; die Angina führte zu einer schweren Myokarditis. Für diese Komplikationen ist offenbär die Operation an sich nicht verantwortlich zu machen; doch glaube ich, dass die oberen Luftwege in den ersten Tagen für Infektionen viel empfänglicher sind. Killians Mahnung, nicht während eines akuten Schnupfens zu operieren, ist sehr zu beherzigen. Da die Patienten aber oft indolent sind, muss man darnach fragen und daraufhin untersuchen.

Die Tampons, welche ich nach Killians Vorschrift beiderseits einlege, lasse ich 2 mal 24 Sunden liegen. Vor der Entfernung lockere ich sie mit Wasserstoffsuperoxyd; eine Nachblutung habe ich direkt nach der Entfernung nie beoabachtet. Dagegen sah ich bei einem etwas exzentrisch veranlagten Patienten eine sehr schwere Nachblutung am 8. Tage, die im Anschluss an heftiges Niesen auftrat; ihr Ursprung lag vorne am vorderen Vomerdreieck; es gelang, sie zum Stehen zu bringen, nachdem der Patient grosse Blutverluste erlitten hatte.

In der ersten Zeit operierte ich ambulatorisch und erlebte dabei ziemlich starke Blutungen, so lange die Tampons noch lagen; diese waren ohne Zweifel durch unzweckmässiges Verhalten der Patienten verursacht. Ich halte deshalb, wenn man ambulatorisch operieren muss, Halles Idee, den Patienten gedruckte Vorschriften zu geben, für sehr zweckmässig. Ich selbst gebe Patienten meistens nach Nasen- und Mandeloperationen gedruckte Verhaltungsmassregeln mit; man wälzt damit einen Teil der Verantwortung von sich, was bei der oft mangelhaften Einsicht und den zunehmenden Haftpflichtkenntnissen des Publikums von Wert ist.

Aus all diesen Gründen führe ich die submuköse Nasenscheidewandresektion meistens klinisch aus. Am 4. Tage entlasse ich den Patienten.

Darüber, dass die Killiansche Methode der submukösen Fensterresektion der Nasenscheidewand einen gewaltigen Fortschritt in der rhinologischen Chirurgie bedeutet, kann heute kein Zweifel mehr bestehen. Trotzdem wäre es psychologisch verständlich, wenn die Operation häufiger vorgenommen würde, als es notwendig ist, weil man bei dem Auftauchen einer neuen Operationsmethode, die sich bewährt, alle in Betracht kommenden Fälle zu sehr vom Standpunkt dieser neuen Methode aus beurteilt. Man sieht mehr die vielleicht unbedeutende Septumdeviation als die Muschelhypertrophien oder gar

vasomotorische Schwellungen, zumal wenn diese kontrahiert sind. Mir ist es wenigstens so ergangen.

Diese Erwägungen, sowie die Notwendigkeit, wenn irgend möglich ambulatorisch zu operieren, veranlassten mich, diejenigen Fälle unter den Septumdeformitäten genau auszusuchen, bei denen man ohne eine submuköse Fensterresektion auskommen kann. Es handelt sich dabei um leichtere Deviationen, die mit einer stärker entwickelten Crista lateralis verbunden sind, oder um stark entwickelte Cristen ohne Septumdeviation, also um Deformitäten, die man auf Wachstumsanomalien, nicht auf Traumen zurückführt.

Indikationen für diese Operation sind mässig behinderte Nasenatmung, Unmöglichkeit oder starke Erschwerung der Einführung des Katheters, Nebenhöhlenoperationen.

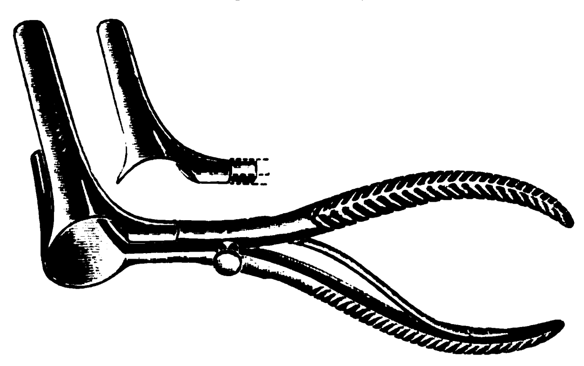
Bleiben nach diesen Eingriffen leichte Deviationen bestehen, so schadet dies nichts. Sind doch die Fälle nicht allzu selten, wo nach submuköser Fensterresektion der Nasenscheidewand ebenfalls leichte Deviationen zurückbleiben. Bisweilen zeigt sich die Deviation auf der anderen Seite. E. Müller führt die Störung darauf zurück, dass bei der Operation nicht alles ausserhalb der Medianlinie stehende rücksichtslos aus dem Wege geräumt wird. Er meint dabei, dass die äussersten Anheftungspunkte der Scheidewand sowohl oben an der Lamina perpendicularis, als auch unten am Vomer rein median stehen und dass man, um postoperative Deviationen zu vermeiden, das Septum bis zum äussersten Rand resezieren muss. In solchen Fällen beobachtete ich das Flattern der neuen Scheidewand, welches Halle durch Implantation von Knorpel- und Knochenstücken zu vermeiden sucht. Ich weiss nicht, ob es in allen solchen Fällen möglich ist, die Scheidewand bis zu ihren äussersten Anheftungsstellen zu resezieren.

Hajek gibt an, dass diese Anheftungspunkte oben und unten nicht immer eine gerade Linie bilden und erklärt die postoperativen Deviationen durch Abweichungen des Septums in sagittaler Richtung. In diesen Fällen bilden also die Anheftungspunkte der Nasenscheidewand nicht eine gerade von vorne nach hinten ziehende Linie, sondern sie weichen nach einer Seite ab. Ich selbst beobachtete einen Fall, in welchem die Verbindungslinie zwischen Vomer und Oberkiefer nicht gerade nach hinten lief, sondern eine Ausbiegung nach links zeigte; zugleich ging die auf der linken Seite befindliche Crista lateralis in der Gegend des Vomerdreiecks in eine Knochenmasse über, die den unteren Nasengang von median und unten her verengte. Ich löste bei der Operation die Schleimhaut des linken Nasenbodens mit ab und meisselte Span für Span ab, bis der Boden

flach war. Dass die Crista lateralis am vorderen Vomerdreieck stark verdickt ist und in eine den Nasenboden überragende Knochenmasse übergeht, welche den unteren Nasengang verengt, kann man öfters beobachten.

Wie weit schwächere Septumdeviationen mit der Entwickelung vasomotorischer Schwellungen in ursächlichem Zusammenhang stehen, ist deshalb schwer zu entscheiden, weil vasomotorische Schwellungen auch häufig bei geraden Scheidewänden vorkommen. In solchen Fällen empfiehlt es sich jedenfalls, Réthis Rat zu folgen und zunächst die Störungen der lateralen Nasenwand zu beseitigen.

Die submuköse Fensterresektion suche ich in den oben genannten Fällen dadurch zu umgehen, dass ich die Crista lateralis submukös reseziere. In Abständen von 3 Minuten pinsele ich die Seite, auf der die Crista sich befindet, mit 10%-iger Kokainlösung, der 10% Suprareninum hydrochloricum zugesetzt ist, ein; hernach Injektion von 2 ccm einer ½%-igen Kokainlösung mit 10% Zusatz von Adrenalin oder



Suprareninum hydrochloricum vor dem vorderen Vomerdreieck. Ohne diese Injektion dürfte eine vollständige Anästhesie nicht erreichbar sein. Nach weiteren 15 Minuten beginne ich die Operation, lege einen möglichst hoch nach oben hinaufgehenden senkrechten, geraden oder leicht nach vorn konvexen Schnitt durch die Schleimhaut, der zugleich den Knorpel ritzt. Dann präpariere ich das Perichondrium und Periost von der Unterlage los, bis die Crista frei liegt.

Katz, welcher bei der operativen Beseitigung der Crista septi die Erhaltung der Schleimhaut ebenfalls sehr befürwortet, ist der Ansicht, daß der gesamte Schleimhautüberzug der Leiste in der Regel nicht erhalten werden kann; er meint, diejenige Partie, welche die untere Fläche der Crista bekleide, müsse gewöhnlich geopfert werden, da infolge der Nähe des Nasenbodens die Ablösung infolge der räumlichen Beschränkung nicht möglich sei. Man solle deshalb von der oberen Fläche soviel als möglich ablösen, um einen möglichst

grossen Schleimhautlappen zur späteren Deckung der Wundfläche bereit zu haben. Katz beschreibt nicht genauer, wie er die Schleimhaut ablöst. Geschieht dies wie bei der typischen Septumresektion, so gelingt es meistens, sie über der ganzen Crista oder dem größten Teil derselben abzuheben; wenn es auch oft recht schwierig ist; ist der Hackenfortsatz stärker entwickelt, so ist hier eine Perforation kaum zu vermeiden. Vorbedingung für das Gelingen der Operation ist das Anlegcn eines möglichst hohen Schleimhautschnittes, der es ermöglicht, die Schleimhaut nach oben weithin abzulösen und so zu entspannen. Geschieht dies nicht, so wird man sie an der oft sehr scharf vorspringenden Kante einreißen.

Bezüglich der Schnittführung möchte ich noch besonders hervorheben, daß ich den Kilianschen Schleimhautschnitt mache; ich lege nie einen zweiten Schleimhautschnitt nach rückwärts an, der den ersten Schnitt im Winkel trifft, so daß ein Lappen mit der Basis nach oben entsteht, wie ihn Katz für Kombination von Deviation und Leiste angibt; ich tue es auch nicht in diesen Fällen. Ich glaube daß das Bedürfnis nach einer Lappenbildung verloren geht, wenn der erste Schleimhautschnitt möglichst hoch hinauf und auch weit genug nach abwärts bis unter die Kante der Cartilago quadrangularis oder Spina nasalis geführt wird. Sicher ist es vorteilhaftar, auf die Lappenbildung zu verzichten. Sowohl bei der einfachen submucösen Entfernung der Crista als auch bei der submocösen Resektion von mit Cristenbildung kombinierten Deviationen legt sich die dann abgeabgehobene Schleimhaut exakter an die Lamina quadrangularis und vomer resp. das gegenüberliegende Schleimhautblatt an als ein Schleimhautlappen.

Die losgelöste Schleimhaut mit Perichondrium und Periost halte ich nun nach aussen mittelst eines speziell zu diesem Zweck konstruierten Nasenspekulums. Dieses stellt eine Kombination des Hartmannschen Spekulums mit dem Killianschen, ursprünglich für die Rhinoscopia media angegebenen Spekulum dar. Der der Nasenscheidewand anliegende Schnabel ist schmal und mit dem Griff fest verbunden, während der äussere Schnabel zwei verschiedene Längen besitzt, die man ansetzen kann. Die beiden Schnäbel sind, wenn das Instrument geschlossen ist, leicht konvergent, damit sie beim Öffnen parallel zu stehen kommen; hierdurch suche ich das Einreissen der Schleimhaut in der Tiefe zu vermeiden. Der äussere Schnabel ist ausserdem auf dem Querschnitt nach innen leicht ausgehöhlt, damit er sich besser der Crista anpasst.

Jetzt sägt man mit einer feinen Handsäge die Crista an ihrer Basis durch; die Schleimhaut der anderen Seite wird nur wenig ko-

kainisiert; sobald die Säge das Septum perforiert, empfindet der Patient einen Schmerz, den er sofort äussert; hierdurch wird man vor einer ausgedehnteren Verletzung der Schleimhaut der weiteren Seite bewahrt.

Die losgelöste Schleimhaut der verengten Seite wird jetzt an das Septum angelegt und lose antamponiert. Nach 24, längstens 48 Stunden wird der Tampon entfernt; 4 Tage nach der Operation ist die Wunde annähernd geheilt; eine Nachblutung ist fast vollständig ausgeschlossen, da man nur eine Seite tamponiert, kann der Patient durch die andere Seite atmen. Dadurch, dass die Schleimhaut geschont wird, bleibt der Patient von der Bildung des zähen, klebrigen Schorfes, der mehrere Wochen lang persistiert, verschont. Die Operation ist bei Anwendung tadelloser Asepsis wahrscheinlich ungefährlicher als eine Kaustik. Die Patienten ertragen sie durchweg sehr leicht, weil das Sägen nicht so sehr das Zentralnervensystem irritiert wie das Abbeissen und Abbrechen der Scheidewand bei der Fensterresektion.

Ich bin mir wohl bewusst, dass diese Arbeit wenig Neues enthält; zweifellos führen viele Kollegen die submuköse Cristaresektion aus; andrerseits weiss ich aber auch, dass die alte Methode ohne Schonung der Schleimheit noch vielfach geübt wird; dies sollte nicht mehr der Fall sein; man muss sie wirklich als veraltet bezeichnen. Auf der anderen Seite möchte ich nur darauf hinweisen, dass man eine eingreifendere Operation vermeiden soll, wenn es gelingt, mit einer einfacheren Methode dasselbe Ziel zu erreichen. Ich glaube auch, dass diese Ansicht mit derjenigen der Autoren, die die moderne Nasenscheidewandresektion angebahnt und ausgebaut haben, nicht im Widerspruch steht.

Literatur: Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Band XV u. XVI.
Leo Katz, Die Krankheiten der Nasenscheidewand. 1908. Würzburg. Stubers Verlag.

Der Wert der Röntgenaufnahmen zum Nachweis von Zahnwurzelerkrankungen beim Kieferhöhlenempyem.

Von

Dr. Hans Henrici (Aachen).

Mit 1 Abbildung im Text und Tafel I.

Bekanntlich macht das Kieferhöhlenempyem in seinem Beginn meist so wenig Symptome, dass es vom Patienten kaum beachtet oder überhaupt nicht bemerkt wird. Infolgedessen gibt die Anamnese über seine Ätiologie nur in auffallend wenig Fällen sicheren Aufschluss. Und doch wäre es für unser therapeutisches Handeln von grösster Wichtigkeit, wenigstens darüber Klarheit zu erlangen, ob der Grund in einer Zahnerkrankung liegt, oder ob die Eiterung auf irgend eine andere Ursache, z. B. eine akute Infektionskrankheit zurückzuführen ist.

Man darf wohl im allgemeinen annehmen, dass akute sehr heftig auftretende, doppelseitige Kieferhöhleneiterungen, oder solche kombiniert mit Eiterungen anderer Höhlen gegen den dentalen Ursprung, isolierte jedoch sehr für diesen sprechen.

Nun kann aber ein doppelseitiges dentales Empyem, das unbeachtet vom Patienten bestand, bei einer interkurrenten Influenza akut exacerbieren, oder auch durch eine plötzliche akute Steigerung einen Influenzaanfall vortäuschen. In beiden Fällen wird der dentale Ursprung verschleiert und man wird geneigt sein, mit grösster Wahrscheinlichkeit ein von einer Influenza herrührendes Empyem anzunehmen. Zu dem gleichen Schlusse wird man zunächst kommen, wenn eine kombinierte Nebenhöhleneiterung vorliegt. Doch muss man hier immer an die Möglichkeit denken, dass sich eine primär dentale Kieferhöhleneiterung auf die anderen Nebenhöhlen ausgebreitet hat.

Es ist zweifellos, dass eine ganze Reihe dentaler Kieferhöhlenentzündungen infolge der eben angedeuteten Verhältnisse unter falscher ätiologischer Flagge segeln.

Andererseits wird sicherlich manche isolierte Kieferhöhleneiterung auf dentalen Ursprung zurückgeführt, während sie nur der übrig gebliebene Rest einer kombinierten durch andere Ursachen hervorgerufenen Nebenhöhleneiterung oder zufällig die einzig befallene Höhle bei einer akuten Infektionskrankheit ist.

Diese Möglichkeiten zeigen zur Genüge, welchen Schwierigkeiten man bei der Feststellung der Ätiolgie eines Kieferhöhlenempyems begegnet. Es wäre leichter, hierbei klar zu sehen, wenn uns das Zahnbild unzweideutigen Aufschluss gäbe. Leider aber finden wir nur in den seltensten Fällen ein so tadelloses Gebiss, dass wir eine Zahnkaries als ätiologisches Moment ohne weiteres ausschalten können. Auch dokumentiert sich eine schuldige Wurzelerkrankung nur selten durch Schwellung und Fistelbildung.

Zumeist vermögen wir uns nur von einer bestehenden Karies der in Betracht kommenden Zähne zu überzeugen, ohne sagen zu können, ob diese in Beziehung zur Kieferhöhleneiterung steht. Dabei sind wir, mit der Zahnuntersuchung weniger vertrauten Ärzte, leicht Täuschungen unterworfen, wenn wir es mit plombierten Zähnen zu tun haben, oder wenn sich bei anscheinend ganz gesunder Krone die Karies an den Zahnberührungsflächen oder am Zahnhals entwickelt hat. Wie sich die Zahnwurzel verhält, bleibt uns fast stets verborgen. Und daran müssen wir festhalten, dass nur ein wurzelkranker Zahn eine Kieferhöhlenentzündung hervorrufen kann.

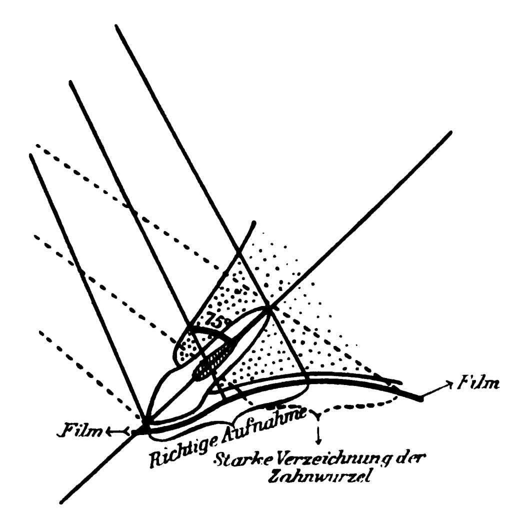
Auch der Zahnarzt ist häufig erst nach Anbohren und Sondieren des Wurzelkanals imstande, ein Urteil über den Zustand der Wurzel abzugeben. Dass ihm selbst dann noch ein Irrtum unterlaufen kann, zeigt einer der nachher erwähnten Fälle.

Ist ein Zahn die Causa peccans, so muss er sofort unschädlich gemacht, d. h. in den meisten Fällen extrahiert werden. Deshalb ist es so wichtig, von vorneherein über den Zustand der Zahnwurzeln ein absolut sicheres Urteil zu haben. Es soll uns nicht erst ein therapeutischer Misserfolg zur Zahnbehandlung führen. Es sollte nie eine von einem kranken Zahn unterhaltene Kieferhöhleneiterung zur Operation kommen, ehe der kranke Zahn behandelt ist. Einmal wird, wenn es doch geschieht, der Erfolg der Operation dadurch in Frage gestellt und dann ist nach rationeller Zahnbehandlung die Möglichkeit der Ausheilung einer auch länger bestehenden Kieferhöhleneiterung bei exspektativer Behandlung manchmal noch gegeben.

Ebensowenig nun, wie wir einen wurzelkranken Zahn unbehandelt lassen dürfen, dürfen wir einen nichtbeteiligten unnütz opfern; wollen es auch bei mehreren kariösen Zähnen nicht dem Zufall anheimgeben, ob wir bei der Extraktion nun gerade zuerst den Übeltäter erfassen, im gegebenen Falle dagegen, falls mehrere Zähne schädigend auf die Kieferhöhle wirken, gleich radikal vorgehen.

Mit der sicheren Diagnose der Zahnerkrankung wären wir imstande, alle oben aufgestellten Forderungen zu erfüllen. Wir besitzen nun in der Röntgendurchleuchtung ein Mittel, das uns die Möglichkeit der sicheren Diagnose tatsächlich gibt.

Bereits 1898 hat Sjögren[1]) eine Methode für Zahnaufnahmen angegeben, die auch jetzt noch, mit kleinen Modifikationen, hierfür die besten Resultate liefert. Sie hat sich jedoch erst in den letzten



Jahren bei den Zahnärzten mehr eingebürgert, bei den Rhinologen aber anscheinend noch nicht die Beachtung gefunden, die sie verdient[2]).

Sie wird in folgender Weise ausgeführt: Eine in schwarzes Papier und wasserdichten Stoff (Guttapercha) gehüllte Filmplatte (etwa 3½: 5 cm) wird mit 2 Fingern fest gegen die Innenseite des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers angepresst. Die Durchleuchtung geschieht am besten so, dass die einfallenden Strahlen mit der Zahnachse einen Winkel von 75° bilden. Hierauf ist besonders zu achten, denn da

1) Fortschr. a. d. G. d. Röntgenstrahlen. Bd. III. Heft I.

2) Keinmöller ist in seiner Arbeit „Das dentale Empyem des Antrum Highmori", Rostock 1907, sehr lebhaft für diese Methode an der Hand zahlreicher Krankheitsfälle eingetreten. Kürzlich hat Friedr. Müller, Zeitschr. f. Ohrenh. etc., Bd. LVII, Heft 2 u. 3 diese Methode von anderem Gesichtspunkte aus empfohlen.

der Film infolge der Krümmung des Gaumens den Zähnen nicht ganz parallel liegen kann, treten sonst leicht Verzeichnungen und damit Unschärfen auf, die ein richtiges Beurteilen des Bildes sehr erschweren. Die beistehende Skizze erläutert das eben Gesagte ohne weiteres.

Der Kopf des Pat. muss bei der Aufnahme vollkommen fixiert sein. Die Aufnahmen werden mit möglichst weichen Röhren gemacht. Die Entfernung der Röhre beträgt 30—40 cm, die Belichtungsdauer 10—30 Sek. Die seitliche Kopfdurchleuchtung, bei der auch verwertbare Resultate gewonnen werden können, wie aus der Arbeit von Peyser[1]) hervorgeht, kann nicht mit der Methode von Sjögren konkurrieren, denn es leuchtet ein, dass durch das Aufeinanderprojizieren beider Seiten leicht Unklarheiten entstehen.

Eine gut gelungene Aufnahme vom gesunden Zahn[2]) gibt uns ein Bild, als wenn der Zahn in seiner Alveole mitten durchsägt wäre. Wir erkennen scharf den Pulpakanal, die umgebende Wurzelmasse und als ganz scharfe dünne Linie den vom Zahn nicht ausgefüllten Raum der Alveole. Dann folgt die Knochenmasse des Oberkiefers mit mehr oder weniger scharfer Knochenzeichnung (Knochenbälkchen). An der Wurzelspitze wird die Trennung dieser einzelnen Teile unscharf infolge des hier dickeren Knochens. Der Zahn, der sich im ganzen als kompaktere Masse deutlich durch seine hellere Färbung[3]) von der Umgebung abhebt, geht an der Wurzelspitze ohne scharfe Abgrenzung in den Knochen über. Das Bild der Wurzelspitze ist besonders wichtig. Eiterherde um die Wurzel, Granulome an ihr, Cysten lassen sich deutlich durch einen dunkleren Hof um die Spitze herum erkennen. Es ragt dann die scharf begrenzte Wurzelspitze in ein mehr oder minder grosses dunkles Feld hinein. Sehr gut sind mit der Röntgenaufnahme Wurzelreste nachzuweisen.

Gegen die dunkel erscheinende Kieferhöhle setzt sich der Knochen fast stets durch eine deutlich erkennbare hellere Linie ab. Ragen Zahnwurzeln in die Kieferhöhle hinein, so lässt sich diese Linie als dünner Überzug an den Wurzelspitzen meist verfolgen. (Vergl. auf Bild II den 3. Prämolaren.)

Eine Fistel, die von einem Zahn oder einem Krankheitsherd aus zur Kieferhöhle führt, durchbricht als dunkle oft unregelmässige Linie den Knochen und die helle Begrenzungslinie der Kieferhöhle.

---

1) Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen. Arch. f. Lar. Bd. XXI. Heft 1.

2) Vgl. Röntgenbild 1.

3) Die Bezeichnungen hell und dunkel, wie auch die späteren Beschreibungen, beziehen sich auf das Negativ, in den Abdrücken verhält es sich also umgekehrt,

Bei schwachen Aufnahmen kann die Deutung des Befundes Schwierigkeiten machen, wenn hellere und dunklere Partien zu wenig kontrastieren. Es gehört dann schon etwas mehr Übung im Lesen der Bilder dazu, um richtig zu urteilen. Zuweilen wird es vielleicht nötig sein, die Aufnahme zu wiederholen.

Die beifolgenden Röntgenbilder sind im hiesigen Röntgenlaboratorium des Herrn Dr. Sträter aufgenommen, dessen Liebenswürdigkeit ich ihre Überlassung verdanke. Ihre Beschreibung findet sich in den nachfolgenden Krankengeschichten. Es sind nur einzelne Fälle ausgewählt, bei denen der Wert der Röntgenaufnahmen ganz besonders gut hervortritt.

Fall 1. Patient hatte vor zwei Jahren ein akutes linksseitiges Kieferhöhlenempyem anscheinend im Anschluss an eine starke Erkältung durchgemacht. Auf mehrmalige Ausspülung der Höhle, wobei sich zuerst reichlich Eiter entleerte, trat Heilung ein. Seit einigen Tagen nun leidet Patient an sehr heftigen Schmerzen im ersten und zweiten linken oberen Prämolaren. In letzter Nacht entleerte sich plötzlich beim Beugen des Kopfes nach vorne helle Flüssigkeit aus der linken Nasenseite.

Befund: Die linken oberen ersten und zweiten Prämolaren sind lose und bei Berührung äusserst schmerzhaft. Beide Zähne sind mit Goldkappen versehen. In der Nase ist kein pathologischer Befund zu erheben. Die linke Kieferhöhle durchleuchtet etwas schlechter als die rechte. Bei ihrer Ausspülung läuft das Spülwasser klar ab. Wenn Inhalt vorhanden war, so kann er nur serös gewesen sein.

Extraktion des ersten Prämolaren. Die Wurzel ist von Granulationen und Eiter umgeben. Das daraufhin aufgenommene Röntgenbild ergibt eine Höhle (dunkle Stelle) über dem ersten Prämolaren, in die aber auch die Wurzelspitze des zweiten Prämolaren einbezogen ist. Der Krankheitsherd ist von der Kieferhöhle durch eine deutliche dünne Knochenlamelle (helle Linie) getrennt; eine Fistel darin nicht zu erkennen (Bild 2). Es wird nun auch der zweite Prämolaris, trotzdem er nach Entfernung seines Nachbarn fester und weniger empfindlich geworden ist, extrahiert. Er erweist sich ebenfalls als wurzelkrank. — Es wird noch die Granulationshöhle über diesen Zähnen ausgekratzt, worauf ohne weitere Erscheinungen von seiten der Kieferhöhle Heilung eintritt.

Epikrise: Die durch das Röntgenbild festgestellten schweren Veränderungen über den Zähnen, zeigen, dass der Prozess älteren Datums ist und daher wahrscheinlich schon die erste Kieferhöhleneiterung mit der Zahnerkrankung in Zusammenhang gestanden hat. Es ist zu bedauern, dass damals keine Röntgenaufnahme gemacht

wurde, vielleicht hätte sie gleich zu einer rationellen Zahnbehandlung Veranlassung gegeben. Bei dem frischen Aufflackern der Entzündung an den Zähnen kam es durch die dünne trennende Knochenlamelle hindurch zu einer Reizung der Kieferhöhlenschleimhaut (Ausfliessen von heller Flüssigkeit aus der linken Nase bei gebeugtem Kopfe). Das Röntgenbild führte, da es deutlich den Zusammenhang der beiden Prämolaren mit dem Granulationsherd zeigte, zur radikalen Beseitigung der Krankheitsursachen und verhütete somit ein Manifestwerden der Entzündung in der Kieferhöhle.

Fall 2. Seit drei Wochen besteht eine Wurzelhautentzündung des linken oberen dritten Prämolaren, seit fünf Tagen leidet Patient an doppelseitigem Schnupfen. Die Ausspülung der linken Kieferhöhle entleert äusserst fötiden, dünnflüssigen Eiter. Der kranke Zahn wird extrahiert. Die gut plombierte Krone ist gesund, am Zahnhals befindet sich eine kariöse Stelle, die auf den Wurzelkanal übergegriffen hat. Von der Alveole aus wird die Kieferhöhle eröffnet. Da nach einem Monat täglicher Spülung die anscheinend ganz akute Kieferhöhleneiterung nicht sistiert, wird eine Röntgenaufnahme gemacht, um festzustellen, ob noch irgend ein Grund für das Fortbestehen der Eiterung zu finden sei. Auf dem Bilde zeigt sich, dass auch um die Wurzelspitze des zweiten Prämolaren ein kleiner Entzündungsherd besteht (Bild 3). Es wird dem Patienten die Extraktion des kranken Zahnes empfohlen. Der konsultierte (zweifellos tüchtige) Zahnarzt bohrt die Wurzel an, erklärt den Zahn für gesund und verweigert die Extraktion. Zwei Tage später aber trat eine Fistel über der Wurzel auf, die in einigen Tagen abheilte. Die Absonderung aus der Kieferhöhle sistierte bald darauf kurze Zeit, um dann wieder von neuem einzusetzen. Eine erneute Röntgenaufnahme liess wiederum den Granulationsherd um die Wurzel des zweiten Prämolaren erkennen. Nun entschloss sich der Zahnarzt, wenn auch ungern, den Zahn zu extrahtieren. Der Befund rechtfertigte die Extraktion vollkommen, denn es erwies sich die äusserste Wurzelspitze als kariös. Nun trat nach kurzer Zeit dauernde Heilung des Empyems ein.

Eine Epikrise zu diesem Falle erübrigt sich.

Fall 3. Patient wurde mir vom Zahnarzt überwiesen wegen einer Kieferhöhleneiterung, da sich nach Extraktion des ersten linken oberen kariösen Prämolaren stinkender Eiter entleert hatte und die Sonde durch die Alveole in die Kieferhöhle drang. Als ich nun die Kieferhöhle vom mittleren Nasengang ausspülte, blieb das Wasser klar, während sich bei Ausspülung von der Alveole fötider Eiter entleerte, durch die Nase aber kein Tropfen Wasser abfloss. Es

machte so den Eindruck, als ob es sich entweder um eine doppelte Kieferhöhle oder um eine Zahnzyste handelte, die sich in die Kieferhöhle hinein entwickelt hatte. Die Röntgenaufnahme (Bild 4) lieferte nun ein unerwartetes Resultat. Hoch oben in der Kieferhöhle lag der vollentwickelte aber nicht deszendierte Dens caninus. Es handelte sich also um eine sogenannte Kieferzyste, die von dem kariösen Zahn aus infiziert war. Die vorgenommene Operation bestätigte vollinhaltlich das Röntgenbild. Bei der Eröffnung von der Fossa canina gelangte man in eine grosse, fast das ganze Antrum maxillare einnehmende Höhle, in deren medialer Wand der ausgewachsene bleibende Dens caninus sass. Er wurde extrahiert und dann die ca. 5 mm dicke fibröse Zystenhaut möglichst im Zusammenhang ausgelöffelt. Da eine knöcherne Wand zwischen Zyste und Antrum nicht bestand, wurde mit Entfernung der Zystenwand das Antrum eröffnet. Die Schleimhaut der Kieferhöhle war normal, in der Höhle kein Sekret.

Epikrise: In der Literatur finden sich verhältnismässig häufig Angaben von klinisch beobachteten doppelten Kieferhöhlen, ein Befund, der bei Sektionen und in Schädelsammlungen nur sehr selten erhoben wird. Zur Sicherung der klinischen Diagnose einer doppelten Kieferhöhle bedarf es daher zweifellos auch der Röntgenaufnahme, um Möglichkeiten, wie im obigen Falle, auszuschliessen.

Zur Kasuistik der Nasensteine.

Von

Dr. med. J. Alksne (Libau).

Unter den Fremdkörpern der Nasenhöhle beanspruchen die Rhinolithen ein besonderes Interesse. Man huldigt ja allgemein der Ansicht, dass Steinbildungen nur in Hohlorganen vorkommen, welche einen sehr engen und langen Ausführungsgang besitzen. Dieser Umstand bedingt Stauungen und Zersetzungen der Sekrete resp. Exkrete, d. h. die Momente, welche in erster Reihe Konkrementbildungen ermöglichen. Wie bekannt, wird in der Gegenwart stets die Infektion des betreffenden Fluidums betont und werden meistens Mikroben für seine Zersetzungen verantwortlich gemacht. Ausserdem findet man sehr oft organische Einschlusskerne in den Steinbildungen, welche durch organische Ablagerungen, Schleimklümpchen, Bakterienhaufen usw. gebildet werden. Ich verweise nur auf die Lehre über die häufigsten Steinbildungen, die Gallen- und Nierensteine. Nun können die Nasengänge weder als Hohlorgane, noch als enge Kanäle bezeichnet werden; doch dafür sind sie mit vielfachen Unebenheiten, Taschenbildungen und Vorsprüngen versehen, besitzen einen sehr trägen Sekretfluss und meistens ziemlich zähes Sekret. Dazu kommt noch, dass die Nasengänge für alle möglichen Fremdkörper offen stehen, welche mit Willen und ohne Willen der Patienten hineingebracht werden können. Fremdkörper der Nasenhöhlen kommen recht oft vor und können ihrerseits wiederum Konkrementbildungen hervorrufen.

Professor Seifert[1]) hat über die Rhinolithen eine sehr ausführliche und interessante Monographie geschrieben, wo die betreffende

1) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Paul Heymann, III. Band, 1. Hälfte. Otto Seifert: „Fremdkörper, Nasensteine und Parasiten in der Nase und ihren Nebenhöhlen.“

Literatur bis zum Jahre 1900 angeführt ist. Wollte ich eine genauere Übersicht über die Lehre von den Rhinolithen geben, so müsste ich die in dieser Monographie niedergelegten Tatsachen wiederholen, was kaum dem allgemeinen Interesse entsprechen dürfte. Deshalb will ich nur die Fakta kurz berühren, welche in dem von mir beobachteten Falle Anhaltspunkte finden. Ausserdem habe ich eine russische Arbeit von Putschkowski[1]) berücksichtigt, welche in diesem Jahre erschienen ist und eine Übersicht über die russische Literatur bietet.

Nasensteine kennt man schon aus dem 16. und 17. Jahrhundert. Seitdem findet man in der Literatur recht viele kasuistische Mitteilungen. Immerhin müssen die Rhinolithen unter den Konkrementbildungen als Seltenheiten betrachtet werden, die nicht als allgemein bekannt bezeichnet werden können und viele Fragen bieten, welche eine weitere wissenschaftliche Erörterung zu ihrer endgültigen Lösung beanspruchen. Ich lasse meinen Fall folgen, welchen ich im Divisionslazarett der 45. Division beobachtete.

26. VI. 1908. Alexei Sacharow, 23 Jahre alt, geboren im Jaroslawschen Gouvernement, klagt über stinkenden Ausfluss, Verstopfung und Schmerzen der rechten Nasenhöhle, auch über Schmerzen der Stirn. Glaubt vom Juli 1907 krank zu sein, zu welcher Zeit die rechte Nasenhöhle ganz verlegt wurde, die Schmerzen einsetzten und die Nase eine grünliche, stinkende Flüssigkeit abzusondern begann. Syphilis wird verneint, in der Familie keine Tuberkulose. Kann sich nicht erinnern, dass ihm jemals ein Fremdkörper in die Nase hineingeraten wäre. Hat im Frühling 1907 Rachendiphtherie überstanden. Bekam vor 3 Monaten einen Schlag auf die Nase, wobei es aber nicht blutete. Patient etwas mager, von mittlerem Wuchs, zeigt Merkmale von Skrofulose. Die rechte Nasenhälfte sichtbar aufgetrieben, die Haut etwas gerötet, druckempfindlich. Aus dem rechten Nasenloch ragt ein brauner, höckeriger, plattgedrückter Fremdkörper hervor, welcher sich steinhart anfühlt und einem Knochensequester sehr ähnlich ist. Die linke Nasenhöhle ist verengt, das Septum vorgebuchtet bis zur Berührung mit den linken Nasenmuscheln, welche gerötet und hypertrophisch erscheinen. Bei der Palpation vom Nasenrachenraum aus fühlt man einen harten Körper in der Choane, welcher sich aber nicht nach vorne stossen lässt. Diagnose: Rhinolith der rechten Nasenhöhle. Nach Kokainisierung der Schleimhaut wird der Fremdkörper mit einer Kocherschen Klemmpinzette gefasst, wobei das vordere Stück abbricht. Daraufhin werden noch einige kleinere Stücke abgebröckelt und entfernt, bis sich endlich die Hauptmasse des Steines fassen und — unter Nachhilfe des Zeigefingers von der Choane aus — extrahieren lässt. Der Stein hat sowohl den unteren als auch den mittleren Nasengang eingenommen. Die ziemlich starke Blutung wird durch Tamponade mit Jodoformmarly gestillt. Verband.

27. VI.—28. VI. Temp. 37,4. Wegen Blutung wird der Verband mehrmals am Tage gewechselt. Am dritten Tage wird der Tampon herausgenommen.

[1]) A. Putschkowski: „Zur Kasuistik der Rhinolithen" (russisch). Wratschebnaja Gaseta. Nr. 29 u. 30. 1908.

29. VI. Temp. 37,3—38,8. Die Haut des Nasenrückens stark gerötet und ödematös. Die Rötung zeigt scharfe Grenzen. Also: Erysipel. 10%ige Ichthyolsalbe.

2. VII. Erysipel verschwunden. Temp. normal. Rhinoskopie. Links: Vorbuchtung des Septums bis zur Berührung mit den Muscheln; Mukosa verdickt, höckerig; untere Nasenmuschel springt sehr stark vor. Rechts: Die Nasenhöhle sehr geräumig, man sieht bequem die hintere Pharynxwand, welche mit adenoiden Wucherungen besetzt ist. Am Septum, gegenüberliegend der Ansatzstelle der unteren Muschel, ein kammförmiger Vorsprung von $^3/_4$ cm Höhe und $^1/_2$ cm Dicke; oberhalb des Vorsprungs ist das Septum nach links vorgebuchtet. Die untere Nasenmuschel ist vollständig an die Seitenwand der Nase herangepresst und stark atrophiert, so dass sie als solche leicht übersehen werden kann. Die mittlere Nasenmuschel scheint mit ihrem Ansatz nach oben gerückt zu sein, so dass der Abstand zwischen beiden Muscheln stark vergrössert ist. Der Rand der mittleren Muschel ist sehr verdickt, wulstförmig, die Mukosa zeigt warzenförmige Vorbuchtungen. An der Muschel hängen ausserdem einige kleine Schleimpolypen herab; ein grösserer Schleimpolyp ragt unter der mittleren Nasenmuschel hervor.

7. VII. Die Polypen werden entfernt. Pinselungen mit Jodjodkalilösung.

28. VII. Patient gesund entlassen.

Um einigen strittigen Fragen der Rhinolithenbildung näher zu treten, habe ich eine möglichst genaue Untersuchung des Steins vorgenommen. Die Stücke desselben wogen insgesamt 6 g. Die äusseren Schichten desselben waren graubraun bis braunrot, die inneren grauweiss bis weiss. Die Bruchflächen zeigten deutliche Schichtungen, wobei härtere mit weicheren Partien abwechselten; die weicheren waren dunkler gefärbt, als die härteren. Die Oberfläche des grössten Stücks war mit Vorbuchtungen und Einsenkungen versehen und stellte einen wahren Abguss der seitlichen Nasenwand dar. Dieses wurde durchgesägt, wobei in demselben, in seiner untersten Partie, ein vertrockneter Sonnenblumensamen vorgefunden wurde. Man sah an der Schnittfläche sehr deutlich die schichtweisen Auflagerungen auf diesem Einschlusskern, welcher ursprünglich im unteren Nasengang gelegen hatte. Die Stücke wurden zerkleinert und aus denselben verschiedene Partien zur bakterioskopischen Untersuchung herausgeschabt. Zu diesem Zweck löste ich die Steinbröckel in 7%-iger Salpetersäurelösung auf und filtrierte die Lösung, wobei ich eine recht voluminöse Schicht organischer Substanz erhielt, welche reichlich mit destilliertem Wasser ausgewaschen wurde. Es wurden viele Strichpräparate hergestellt und vor allen Dingen auf Leptothrix buccalis nach der üblichen Methode mit Jodjodkalilösung gefärbt. Dabei habe ich keine dem Leptothrix ähnlichen Gebilde finden können. Die anderen Präparate wurden zum Teil mit der Löfflerschen Methylenblaulösung, zum Teil nach Gram, zum Teil nach Ziehl-Neelsen gefärbt. Man sah grosse Massen von den verschiedensten Mikroben, wobei die Kokkenformen überwogen. Leider war es mir nicht möglich, die

Schichtungen der Mikroben in dem Stein zu verfolgen, denn ich verfügte nicht über die Mittel, um Dünnschliffe herzustellen, wie es Lantin getan hat. Unbedingt wird diese Methode die berufene sein, um die Arbeitsstadien der Mikroben, ihre Schichtungen im Stein schrittweise aufzuklären. Es ist vorauszusetzen, dass die Mikroben vor allen Dingen den weicheren Partien des Steins angehören, welche offenbar mehr organische Substanz enthalten. Somit müssten an Mikroben und organischer Substanz reichere Schichten mit mikrobenärmeren, aber salzreicheren abwechseln, was sich makroskopisch in dunkleren weicheren und helleren härteren Schichtungen dokumentiert.

Die chemische Analyse des Steins[1]) wurde in freundlichster Weise von Provisor Siew ausgeführt und ergab folgende Resultate:

Feuchtigkeit	6,03 %
Organische Substanz	14,57 „
Kalk (CaO)	36,50 „
Magnesia (MgO)	0,76 „
Phosphorsäure (P_2O_5)	37,75 „
Kohlensäure (CO_2)	4,48 „
	100,09 %

Daraus berechnet:

Phosphorsaurer Kalk [$Ca_3(PO_4)_2$]	69,66 %
Kohlensauer Kalk ($CaCO_3$)	8,20 „
Kohlensaure Magnesia ($MgCO_3$)	1,63 „
Organische Substanz	14,57 „
Feuchtigkeit	6,03 „
	100,09 %

Ein Überblick der gewonnenen Resultate erlaubt folgende Schlüsse. Was den chemischen Befund anbetrifft, so deckt er sich im allgemeinen mit den Ergebnissen früherer Autoren. Man hat gefunden: phosphorsauren Kalk 0,8—90 %, meistens 60—70 %; kohlensauren Kalk 0,2—21 %, meistens 6—16 %; phosphorsaure Magnesia 1,4 bis 9,6 %, meistens 3—6 %; kohlensaure Magnesia 0,1—8,3 %; organische Bestandteile 16—35 %, gewöhnlich 16—20 %; Wasser 4—8 %; Spuren von Natrium, Chlornatrium und Eisenoxyd. Diese Analysen ergeben, dass an der Steinbildung sich hauptsächlich der Nasenschleim beteiligt, welcher reich an Kalksalzen ist, während das Tränendrüsensekret wenig zur Sache beiträgt, da es ja hauptsächlich aus dem leichtlöslichem Chlornatrium besteht. Gelangt ein Fremdkörper in die Nasenhöhle, so reizt er die Schleimhaut und verursacht eine ver-

[1]) Die Untersuchung wurde vier Wochen nach der Extraktion vorgenommen, weshalb der Stein schon erheblich ausgetrocknet war.

mehrte Sekretabsonderung. Das Sekret setzt sich auf dem Fremdkörper ab und überschichtet ihn mit seinen mineralischen Bestandteilen. Nun entsteht die Frage, welche Momente gerade die Salzabscheidung bedingen? Der Fremdkörper könnte ja einfach in eingedickten Schleimschichten eingehüllt werden, ohne dass sich gerade Salzkonkremente bilden. Ähnlich wie bei Steinbildungen in anderen Organen, scheinen auch in der Nasenhöhle die Mikroorganismen eine bedeutende Rolle zu spielen. Die Nasenhöhlen wimmeln von den verschiedensten Mikroorganismen, und werden jegliche Sekretstauungen und Reizungen der Schleimhaut ihrer Entwickelung noch mehr Vorschub leisten. Über die Rolle, welche den Bakterien bei dem Aufbau des Nasensteins zufällt, teilen sich die Meinungen der Autoren. Czarda, Ruault, Chiari, Moure u. a. schreiben ihnen eine aktive Rolle zu, wobei besonders auf den Leptothrix buccalis als auf einen regelmässigen Parasiten der Nasengänge hingewiesen wird. Nach Gerber machen die Mikroben den regelmässigen und wesentlichen Bestandteil der Nasensteine aus und sind gleichsam als Causa efficiens, dagegen Nasenschleim, Blutkoagula oder Fremdkörper als Causa movens zu betrachten. Die Anschauung, dass dem Leptothrix die Hauptbedeutung als dem Baumeister des Steins zufällt, bestreitet Gerber, indem er darauf hinweist, dass bei den gefundenen leptothrixähnlichen Gebilden erstens die charakteristische Jodfärbung nicht gelang, dass zweitens in der fötidentzündeten Nasenhöhle von Rohrer 30 Kokken- und 26 Bakterienarten gefunden sind, weshalb es kaum richtig sei, diese Mikrobenhaufen zu ignorieren. Wie schon gesagt, habe ich im Steine keine leptothrixähnlichen Gebilde finden können, und spricht auch der Befund von 69% phosphorsauren Kalks gegenüber 8% kohlensauren Kalks nicht für die physiologisch aktive Beteiligung des Leptothrix am Aufbau meines Steins. —

Lantin und Seifert vertreten die gegenseitige Ansicht, indem sie den Mikroben nur eine passive Rolle zusprechen, d. h. dieselben nur als Baumaterial gelten lassen. Sie weisen darauf hin, dass nur dem Leptothrix buccalis die biologische Fähigkeit zuerkannt wird, Kalk zu produzieren und Speichel-, Tonsillen- und Zahnsteine zu bilden. Doch konnte Lantin keine Anhaltspunkte bei seinen Untersuchungen finden, welche für die Anwesenheit von Leptothrix in den Nasensteinen sprechen würden.

Wenn man auch damit übereinstimmen muss, dass die Kalkkonkremente nicht als direkte biologische Ausscheidungsprodukte der Mikroben aufzufassen sind, so ist es wohl andererseits kaum erlaubt, ihre Rolle zu einer rein passiven herunterzuwürdigen. Es widerspricht durchaus nicht den herrschenden Anschauungen auf anderen

Gebieten der Medizin, wenn wir annehmen, dass die Mikroben, welche sich gern auf dem mit stagnierendem Sekret überhäuften Fremdkörper und in der in seiner Umgebung entzündeten Schleimhaut festsetzen, komplizierte chemische Prozesse im Schleim inszenieren, als deren Endresultat schliesslich Kalkablagerungen übrig bleiben. Ich glaube, man geht zu weit, wenn man die aktive Tätigkeit von der passiven Rolle der Mikroben in allzu doktrinärer Weise scheidet.

Die überwiegend grösste Mehrzahl der Autoren steht auf dem Standpunkt, dass die allermeisten Nasensteine, vielleicht auch alle, sich auf den verschiedensten Fremdkörpern als Einschlusskernen aufbauen. Was hat man da nicht alles gefunden? — Kirschkerne, Buchkerne, Weintraubenkerne, Erbsen, Kaffeebohnen, Pflaumensteine, Tamarindenkern, Johannisbrotkern, Vogelkirschkern, Papierbrei, Holzstückchen, Torf, Sohlenleder, Mandelschale, Laminaria, Wachs, Kork, Schwamm, Baumwolle, Septumknorpel, Knochenstückchen, Steine, Muschelstücke, Schieferstift, Pistolenkugel, Stück einer Schraube, Stück einer Tischglocke, Stahldrahtstück, die verschiedensten Knöpfe usw. Der von mir beobachtete Rhinolith bietet einen für das russische Volksleben typischen Befund — den Kern einer Sonnenblume. Diese Kerne werden in getrocknetem Zustand vom Volk sehr gern genossen.

Seifert zählt 13 Autoren auf, die Rhinolithen beschrieben haben, in welchen angeblich keine Einschlusskerne gefunden wurden. Aber auch diese Fälle werden in Frage der wahren Spontanbildung angezweifelt. Schon Virchow hat darauf hingewiesen, dass in diesen Fällen unbedingt die histologische Untersuchung zu Rate gezogen werden müsste, welche noch Zentren von organischen Massen, z. B. Blutgerinnsel, Nasenschleim an den Tag fördern könne. Wie gesagt, leugnen die meisten Rhinologen die spontane Steinbildung entweder ganz, oder betrachten sie als eine ausserordentliche Seltenheit.

Wieviel Zeit bis zur Steinbildung verflossen ist, lässt sich nur selten mit Genauheit bestimmen. Die Fälle von Blandin und Köstlin sprechen dafür, dass schon imlaufe von 2—2½ Monaten sich Steine bilden können. Andererseits sind Fälle beschrieben worden (Clay, Herberton, Lublinski, Saenger), wo Steine in der Nasenhöhle 40—45 Jahre verweilt hatten. Schon zahlreicher sind die Angaben über 20—25 jähriges Verweilen. In meinem Falle liegt die Möglichkeit am nächsten, dass die Steinbildung auch in der frühesten Jugend begonnen hat, denn der Patient konnte sich nicht erinnern, dass er jemals irgend einen Fremdkörper in die Nase gebracht hätte. Für ein langes Verweilen spricht vor allen Dingen die bedeutende Grösse des Steins, welcher 6 g wog und somit überhaupt zu den grössten gehört, die gefunden sind. Andererseits hat schon

Bergeat darauf hingewiesen, dass Kinder die Fremdkörper gewöhnlich in die rechte Nasenhälfte schieben, entsprechend der rechten Hand. Immerhin ist es möglich, dass der Sonnenblumenkern auch zufällig und für den Patienten unbemerkt in die Nase gelangen konnte. Vor 2 Jahren bemerkte der Patient verstärkten Schnupfen. Dieser Zeitpunkt fällt mit seiner Einberufung zum Militärdienst zusammen, und man könnte sich vorstellen, dass der Patient den Fremdkörper absichtlich in die Nase gebracht hat, um Eiterung und Ozäna hervorzurufen und sich vom Dienst zu befreien. Doch gegen diese Annahme spricht der Umstand, dass der Patient 2 Jahre pünktlich und ohne jegliche Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe gedient hat. Hätte er sich vom Dienst befreien wollen, so würde er schon sogleich im ersten Dienstjahr mit seinen Klagen vorgetreten sein. Auch jetzt, nach der Operation, kehrte er willig in die Fronte zurück. Offenbar hat der Stein bis vor 2 Jahren in der Nase sehr geringe Beschwerden gemacht, so dass der geistig unentwickelte Patient seine Anwesenheit ganz übersah.

Die Rhinolithen rufen die verschiedensten Symptome hervor, welche hauptsächlich auf Verstopfung der Nasenhöhle und auf die vom Stein gesetzten Entzündungen der Schleimhaut zurückzuführen sind. Wir erwähnen: partielle oder totale Verstopfung einer Nasenhöhle mit behindertem Atmen, Fötor und Nasenblutungen, dementsprechend stinkendes Sekret, Krusten und Borken in der Nasenhälfte, Anosmie, Neuralgien, welche als Kopfschmerz, Hemikranie intermittierend auftreten oder gegen die Wange, nach dem Auge, in die Stirn ausstrahlen, zuweilen in bestimmten Trigeminuszweigen sich lokalisieren, Ödem und Vorwölbung der entsprechenden Nasenhälfte, Rötung der Haut, gewöhnlich intermittierend, Facialisparalyse, Ptosis und Tränenträufeln sind auch beobachtet. Mein Patient litt an Fötor, stinkendem Ausfluss aus der Nase, gänzlicher Verstopfung der Nasenhälfte, an Schmerzen der rechten Kopfhälfte und der Stirn, an beständigem Tränenträufeln, was auf Verlegung des Ductus nasolacrymalis hindeutet. Schon vor der Operation war die Nasenhälfte gerötet und etwas geschwollen; sogleich nach der Operation trat typisches Erysipel auf. In anderen Fällen sind Neurosen beobachtet, deren Zusammenhang mit den Nasensteinen nicht geleugnet werden konnte: Angstgefühl, Beklemmung, Herzpalpitation, Husten, Asthma, subjektive Ohrgeräusche und Abnahme der Gehörschärfe.

Die grösseren Steine — und so auch in meinem Falle — komprimieren die Nasengebilde und bringen das Septum und die Nasenmuscheln zur Atrophie. Dabei reagiert die Schleimhaut gewöhnlich mit Entzündungserscheinungen, Hypertrophien und papillären Wuche-

rungen, welche den Stein ganz einbetten können. Aber auch die mit dem Nasengang in Verbindung stehenden Kanäle und Höhlen können in Mitleidenschaft gezogen werden: man hat Highmoritis purulenta beobachtet; die erwähnten Schmerzen und Neuralgien sprechen ausserdem dafür, dass nicht selten katarrhalische Reizzustände des Stirnbeinsinus und der Siebbeinzellen vorhanden sein dürften. In meinem Falle hatte die Nasenhöhle recht starke Veränderungen erfahren. Die untere Nasenmuschel war ganz atrophiert und plattgedrückt, das Septum nach links vorgebuchtet; die mittlere Muschel zeigte Wucherungen und sogar wahre Schleimpolypen; sogar die hintere Pharynxwand war in Mitleidenschaft gezogen und mit adenoiden Wucherungen besetzt. Überhaupt präsentierte sich die rechte Nasenhälfte als sichtbar vergrößert und vorgewölbt. Die Entwickelung des Steins hatte offenbar im unteren Nasengang begonnen — zu urteilen nach der Lokalisation des Sonnenblumensamens im Stein — und hatte schliesslich zur Okkupation beider Nasengänge geführt. Hierbei hatte der Stein sich auch dem Innern der Nasenhöhle anpassen müssen, bis endlich seine Oberfläche einen wahren Abguss derselben darstellte.

Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen nach der Bardenheuerschen Methode.

Von

Dr. Goris (Brüssel).

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die Totalresektion des Oberkiefers hinterlässt eine breite Höhle, die, füllt man sie nicht mittelst einer dichten Tamponade aus, den Patienten in die Unmöglichkeit versetzt, zu sprechen und zu schlucken. Aber der Tampon ist schnell durchtränkt, fällt zuweilen in den Mund oder in den Hals und infiziert auf jeden Fall die Wundhöhle.

Eine autoplastische Wiederherstellung ist daher aus mehreren Gesichtspunkten angezeigt. Die Verfahren sind verschieden, je nachdem die Resektion wegen einer gutartigen oder einer bösartigen Geschwulst stattgefunden hat.

Wenn es sich um gutartige Geschwülste handelt, wie Nasenrachenfibrom zum Beispiel, so ist das beste autoplastische Material der Kiefer selbst, den man nach der Operation wieder auf seinen Platz zurücklegt.

Letzteres ist ein Verfahren, welches ich mehrere Male mit vollkommenem Erfolge angewendet habe.

Wenn es sich um bösartige Geschwülste handelt, so können zwei Fälle vorkommen: entweder hat die bösartige Geschwulst ihren Sitz im oberen Teile des Kiefers und hat die Schleimhaut des Gaumens verschont; alsdann würde es genügen diese zu erhalten, indem man den Gaumenfortsatz entblösst und — wenn die Resektion gemacht ist, — den äusseren Rand dieser Schleimhaut mit der Schleimhaut der Wange auf derselben Höhe vernäht, da, wo diese von der Aussenseite des Kiefers abgetrennt worden ist.

Das Verfahren ist ausgezeichnet und hilft sogleich den unangenehmen Folgen der Resektion ab und das auf eine vollkommene Art und Weise.

Handelt es sich jedoch um eine bösartige Geschwulst, die Kiefer und Schleimhaut angegriffen hat, so muss man zu anderen Verfahren seine Zuflucht nehmen, unter denen eines der elegantesten und sichersten dasjenige von Professor Bardenheuer ist: Die Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen, welche ich an einem Kranken ausgeführt habe.

Dieser Mann, 55 Jahre alt, war von einem Sarkom des rechten Kiefers befallen. Die Geschwulst, zweilappig, ging von dem rechten Flügelfortsatz aus, wo sie einen Vorsprung bildete, der in den Schlund hinabging. Sie setzte sich in die rechte Nasenhöhle fort, welche sie vollständig verstopfte, und griff auf den Gaumenfortsatz wie auch auf die rechte Hälfte des weichen Gaumens über. Ich machte die Totalresektion des Kiefers nach unmittelbarer vorhergehender Tracheotomie am 12. Oktober dieses Jahres. Die Operation bestand ausser der Herausnahme des Kiefers aus der Wegnahme des oberen, seitlichen Teiles des Schlundes und der Hälfte des Gaumens.

Ich ging sogleich an die Plastik des Gaumens nach Bardenheuerscher Methode.

Diese Methode besteht darin, dass man den fehlenden Teil des Gaumens durch einen Hautmuskellappen von der Stirne ersetzt, der von oben bis unten losgelöst wird bis zum Rande des Augenlides, welches die transversale Achse bildet, um welches man ihn dreht, um ihn bis in den Grund des Schlundes einzuführen (Fig. 1).

Nachfolgend die verschiedenen Akte der Operation:

1. Vernähen der Augenlider. — Es ist unumgänglich notwendig, die Augenlider zuzunähen, die sich während 3 Wochen in Berührung mit der Hautfläche des herumgeschlagenen Stirnlappens befinden sollen. Der Intertrigo, der nicht ausbleibt, könnte zur Entzündung des Auges führen, anderseits könnten die Tränen zwischen die beiden Hautflächen fliessen und sich anhäufen. Das Vernähen der Augenlider schützt das Auge vor Hautabsonderungen und die Tränen fliessen auf normalem Wege ab.

Man frischt also die Augenlider an zwei Stellen auf eine Breite von ungefähr einem Zentimeter an und zwei Stiche mit feinem Katgut sichern die Verbindung.

2. Der Stirnlappen hat als Grenzen nach oben die Linie, wo der Haarwuchs einsetzt; die äussere und die innere Grenze sind zwei vertikale Linien, die eine fällt ein wenig ausserhalb des äusseren Winkels der Augenlider, die andere ein wenig innerhalb des inneren Winkels und so, dass die Gefässe in dem Stirnlappen erhalten bleiben. Man löst alsdann denselben von oben bis unten, das Periost einbegriffen, bis zum freien Rand des Augenlides. Es ist gerade die Loslösung der Haut des Augenlides mit dem Knorpel, welche dem Lappen seine grosse Dehnbarkeit gibt.

3. Naht. Der obere Rand des Stirnlappens wird mit dem weichen Gaumen in Berührung gebracht (es ist dies meistenteils möglich), wird an dem, was von diesem Organ übrig bleibt, festgenäht. Im vorliegenden Falle jedoch musste ich den weichen Gaumen vollständig opfern. Ich machte die Naht mit dem seitlichen

Teil der Hinterwand des Schlundes. Da es in den Stirnrachengeweben etwas Spannung gab, so machte ich in den Pharynx einen Querschnitt zur Entspannung.

Der innere Rand des Lappens wurde an den Rand der gesunden Schleimhaut des Gaumens genäht und der äussere Rand an die Schleimhaut der Wange (Quereinschnitt der Wange).

Die Fig. 2 zeigt den Patienten nach der Einfügung des Lappens. Dieser Zustand dauert drei Wochen.



Fig. 1.

4. Nach Verlauf von 3 Wochen durchtrennt man den Lappen wagerecht bei seinem Eintritt in die Operationshöhle und das Augenlid wie auch der nicht gebrauchte Teil des Stirnlappens werden an ihren Ort zurückgelegt.

Folgen. — Das Resultat meiner Operation war sehr einfach. Ich erhielt eine Vereinigung per primam, ausgenommen an einem Punkte der Stirnrachennaht.

Der Lappen wird übrigens vollkommen ernährt, dank seiner eigenen Gefässe und der der Gewebe, an die man ihn näht. Professor Bardenheuer hat mir gesagt, dass er niemals Nekrose

beobachtet hat. Der grosse Vorteil dieser Plastik ist, dass sie dem Operierten erlaubt, sich zu ernähren und sogleich zu sprechen.

Man hat hier in der Tat nicht einmal Vorsichtsmassregeln zu treffen, wie nach der klassischen Uranoplastik; der Stirnaugenliderlappen eingeschlossen wie er ist, zwischen zwei Reihen solider Seitennähte, hat keinerlei Neigung sich zu bewegen. Es ist jedenfalls gut, ihn so lang als möglich zu machen, um ein Zusammenschrumpfen zu



Fig. 2.

vermeiden. Er muss auch breit sein, auf jeder Seite den Augenwinkel überschreiten. So breit er auch auf der Figur 2 erscheint, so erleidet er doch nach Verlauf von 3 Wochen eine solche Schrumpfung, dass er nur die Hälfte seiner ursprünglichen Breite zu haben scheint.

Man ist erstaunt zu sehen, wie wenig die Oberfläche, trotz der fortwährenden Berührung mit den Nahrungsstoffen, eitert. Nach Verlauf von drei Wochen, während welcher sie im Munde ist, nimmt

sie ein solch glattes Aussehen an, dass man glaubt sie habe sich epidermisiert.

Die aus der Operationshöhle herrührenden Absonderungen sind unbedeutend. Mein Operierter hat keine Einspritzung erhalten, Reinigung der Operationshöhle war unnötig und trotzdem ist der Geruch gleich null, ein Beweis, dass der autoplastische Lappen ausser den Diensten, den er für Schluckakt und Phonation leistet, eine wichtige Rolle erfüllt in Bezug auf die Antisepsis.

Das Auge, welches immer die Neigung hat, herunterzugehen, wenn man sich auf die einfache Totalresektion beschränkt, bleibt vollständig auf seinem Platz, gestützt durch den autoplastischen Lappen.

Die Plastik der Stirn macht man vermittelst Thierschscher Transplantationen. Bardenheuer macht diese Operation gleich bei der ersten Sitzung, wodurch der Kranke viel Zeit gewinnt. Ich hielt es in meinem Falle für vorteilhaft, die Dauer der Operation nicht zu verlängern, da sie sehr blutig und sehr lang war wegen der Vorsicht, mit welcher man bei der Herausnahme der seitlichen Teile des Schlundes vorgehen musste.

Die Methode hat jedoch einige Nachteile. Die Narbenschrumpfung des Lappens, so breit man ihn auch nimmt, ist immer sehr stark.

Die Nasenhöhle der operierten Seite hat nur eine virtuelle Breite, der autoplastische Lappen zieht sich nach innen zusammen. Die einzige Klage, die der Patient hat ist die, durch die Nasenverstopfung belästigt zu sein. Es ist nichtsdestoweniger wahr, dass er viel mehr belästigt gewesen wäre durch das Tragen eines jener enormen künstlichen Gebisse, welche immer sehr beschwerlich zu tragen sind . . . . . wenn man das Glück hat, sie halten zu können!

Was das Ödem des unteren Augenlides betrifft, so findet sich diese unangenehme Erscheinung auch nach der Resektion ohne Autoplastik. Aber es ist sehr langwierig, auch wenn man das Zellgewebe entfernt, wie ich es getan habe, indem ich das untere Augenlid von unten nach oben klappte unter Alypin-Anästhesie.

Das Ödem, welcher in anderen Fällen blass ist und allein durch die Vernichtung der Lymphbahnen veranlasst ist, ist im vorliegenden Falle entzündlicher Natur. Das Augenlid und die untere Konjunktiva bleiben rot: ich frage mich, ob nicht die Talgausscheidung der Haut des autoplastischen Lappens, dessen Hautfläche nach oben gewendet ist, die Ursache des dauernden Reizes ist. Ich habe in der Tat aus der operierten Nasenhöhle eine ziemliche Menge Sebum herausgenommen. In der Folge wird sich zeigen ob dieses die wahre Ursache ist.

Aus der Basanowaschen Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Universität in Moskau.

Die atypischen Hypertrophien der Mandeln.

Von

Privatdozent Alexander Iwanoff.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Es treten bisweilen an den Mandeln Gebilde auf, welche ihrer Gestalt nach Neubildungen ganz ähnlich sind, aber aus normalen lymphatischen Gewebe bestehen; sie haben die Form entweder einer rundlichen Geschwulst oder eines gestielten Polypen oder eines Papilloms und nehmen einen Teil der gewöhnlich hypertrophierten Mandel ein. Eine ihrer Grösse und Form nach bemerkenswerte Neubildung auf der Mandel habe ich unlängst beobachtet.

Sastr. . . ., 27 Jahre alt, klagt über eine Geschwulst im Rachen, welche sie im Schlucken und Essen stört.

Mageres anämisches Mädchen mit typischem Adenoiden-Gesichte. Eltern und Schwester sind gesund; sie selbst ist die schwächste in der Familie; an besondere Krankheiten in ihrer Kindheit erinnert sie sich nicht; an Schnupfen litt sie nicht oft, aber es war ihr immer schwer, durch die Nase zu atmen; akute Rachenentzündungen hatte sie aber nicht oft; Diphtherie hat sie nicht gehabt, keine Anzeichen für Tuberkulose oder Lues.

Vor fünf Jahren hat man ihr die Adenoiden und die rechte Mandel weggenommen.

Anfangs März 1908 hatte sie akute Rachenentzündung mit Schwellung der Halslymphdrüsen, besonders rechts und von dieser Zeit an bemerkte sie, dass sie etwas an der rechten Seite beim Schlucken stört; diese Schlingbeschwerden vergrösserten sich und die letzten Tage schluckte die Kranke nur mit grosser Mühe harte Speisen, was sie veranlasste, sich an den Arzt zu wenden.

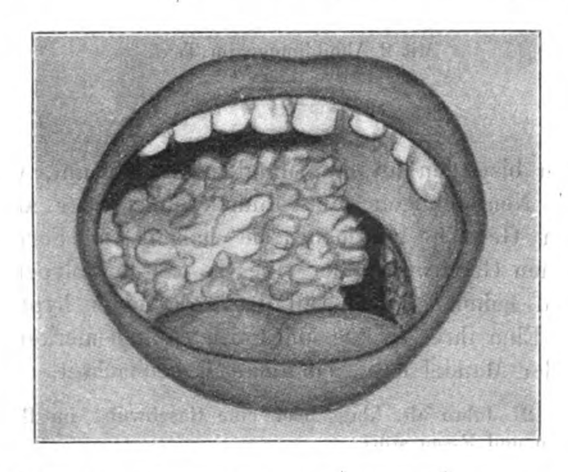
Bei Besichtigung der Mundhöhle sieht man, dass ihre hintere Hälfte mit einer grossen traubenförmigen Geschwulst angefüllt ist, die sich an der Stelle der rechten Mandel befand.

Die Geschwulst hat in ihrer Form etwa das Aussehen einer kompakten Weintraube, ihre Lappen sind von verschiedener Grösse; ihre Farbe ist im ganzen

graulich, obgleich einige Lappen eine schneeweisse Farbe haben; die Geschwulst ist ziemlich hart und selbst bei starkem Drücken nicht schmerzhaft. Der Grund dieser Geschwulst findet sich zwischen den Gaumenbögen und reicht an die Zungenbasis.

Die linke Mandel sieht auch nicht normal aus; sie ist etwas vergrössert, ihre Oberfläche ist rauh und beim Sondieren sieht man, dass sie aus mehreren kleinen Läppchen besteht. Gaumen hoch und eng, die Hals- und anderen Drüsen nicht geschwollen, Milz nicht zu fühlen, die inneren Organe ohne Veränderung. Die Untersuchung des Blutes ergibt ganz normale Verhältnisse, insbesondere keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

Bei Entfernung einer so umfangreichen Geschwulst der Mandel musste man sehr mit der Möglichkeit einer Blutung rechnen; vor dem Abschneiden versuchte ich deshalb durch die Basis der Geschwulst eine Schlinge zu ziehen; nach vorheriger Einspritzung von 2,0 g %iger Kokain-Lösung in die Basis der Geschwulst wurde eine Nadel mit zwei Fäden durchgezogen und letztere geknotet. Oben war

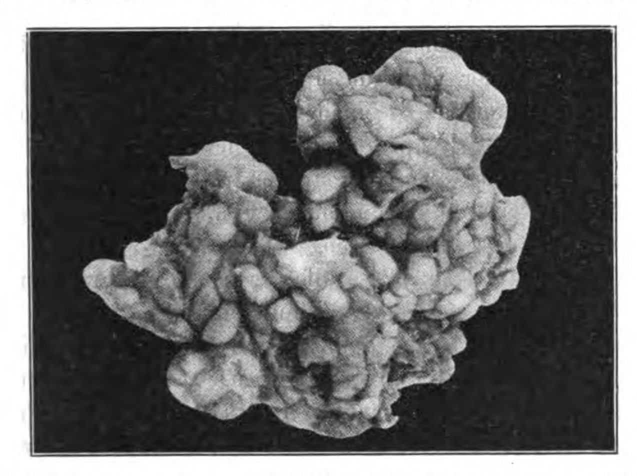


das ziemlich leicht zu machen, aber unten gelang es nicht; der Versuch, eine heisse Schlinge anzulegen, war erfolglos. Dann habe ich die Geschwulst möglichst nahe ihrer Basis mit dem geknöpftem Messer abgeschnitten. Die Blutung war gering und hörte bald auf, obgleich die angelegte Schlinge mit der Geschwulst zusammen abgeschnitten wurde. Bei den späteren Untersuchungen war eine grosse Vertiefung zwischen den Gaumenbögen zu sehen, welche sich mit normaler Schleimhaut bedeckte.

Die mikroskopische Untersuchung der einzelnen Läppchen, die ich aus verschiedenen Teilen und Schichten der Geschwulst genommen habe, gab folgendes Bild: Das Läppchen im ganzen besteht aus einer ziemlich gleichmässigen Anhäufung von kolossal vermehrten Lymphkörperchen; vom Gerüst bekommt man fast nichts zu sehen. An der Oberfläche ist das Läppchen von mehrschichtigem Plattenepithel bedeckt, welches stellenweise dünn ist, wie von den herausdrängenden lymphatischen Elementen durchbrochen, stellenweise aber ist es sehr dick und hier ist seine obere Schicht verhornt, während es in den tiefen Schichten in kubisches Epithel übergeht. Ein ebensolches mikroskopisches Bild stellt das von der linken Mandel genommene Läppchen dar.

Also diese ganze, eigentümliche Geschwulst besteht aus lymphatischem Gewebe allein ohne jedes Hinzutreten heterogener Zellen. Damit ist ein sarkomatöser Charakter der Geschwulst vollständig ausgeschlossen, an den man in Anbetracht ihrer äusseren Form und ihres schnellen Wachstums denken musste und wofür sich auch mehrere Chirurgen in der chirurgischen Gesellschaft in Moskau am 1. April 1908 ausgesprochen haben.

Von den Neubildungen der Mandel, welche aus lymphatischem Gewebe bestehen, kommen in Betracht leukämische Lymphadenome und die bösartigen Lymphome. Gegen den leukämischen Charakter spricht in unserem Falle der normale Blutbefund und das Fehlen von Drüsen- und Milzschwellung. Das maligne Lymphom stellt an sich eine wahre Hyperplasie der Lymphdrüse dar, die Wucherung der



lymphatischen Elemente beschränkt sich streng auf das Gebiet der Drüse und durchbricht die Kapsel derselben nicht; sie ergreift schnell auf dem Lymphwege die regionäre Drüsengruppe. Bösartige Lymphome der Mandel kommen selten vor (8 Fälle beschrieben). Sie stellen eine kompakte Geschwulst dar mit Vergrösserung der Halsdrüsen.

In unserem Falle den Tumor für ein bösartiges Lymphom zu halten, ist schwer, er gleicht ihm im Charakter nicht und die Kranke zeigt keine Vergrösserung der Halsdrüsen.

So bleibt nur übrig, unsere Geschwulst als eine eigentümliche, ganz gutartige Hyperplasie der Mandel zu betrachten. Professor Nikiforoff ist auch geneigt, hier nur einfache Hyperplasie der Mandel anzunehmen.

Eine sehr ähnliche, (nach der Photographie) aber viel kleinere Geschwulst hat Clark[1]) unter dem Titel papillomatöse Geschwulst

[1]) The Laryngoscop. 1908. Nr. 2.

der Mandel beschrieben; sie entsprang aus der rechten Mandel und hatte die Maasse 24 cm. lang, 1,2 cm breit und 1,0 cm dick. Die Maasse meiner Geschwulst 6,5 cm in einem und 7,0 cm im anderen Diameter, und die Dicke ist in einzelnen Punkten bis 4,0 cm. Die Geschwulst Clarks bestand auch aus normalem lymphatischem Gewebe.

Roberts hat einen Fall von Papillom der Mandel beschrieben. Moure[1]) bemerkt in seinem Referat des Falles, dass es eine papilläre Hypertrophie der Mandel und nicht ein echtes Papillom sei. Macleod Yearsley[2]) hält den Fall von Roberts auch für papillomatöse Hypertrophie und teilte seine zwei ähnlichen Fälle mit.

Lemariey[3]) hat unter dem Titel polypoide Hypertrophie der Mandeln einen Fall von Polyp der Mandeln beschrieben, Texier[4]) ebenfalls.

Ähnliche Polypen mit normaler Struktur der Mandel sind von Peyser[5]), Chauveau[6]), Wingrave[7]) beschrieben. Stewart[8]) sah bei einem 57 jährigen Greise eine walnussgrosse Geschwulst der linken Mandel von der Struktur einer normalen Mandel.

Tilley[9]) demonstrierte einen Fall, in dem ein Teil der rechten Mandel aus der Fossa supratonsillaris hervorstand, und die linke Mandel aus einer Menge kleiner gestielter Läppchen bestand. Wagget meldete dazu, dass er einen ähnlichen Fall, in dem die Struktur der Mandel normal war, gesehen habe.

Miodowski[10]) hat 3 Fälle von Tonsillaranhängen ausführlich beschrieben und einige ähnliche Fälle aus der Literatur gesammelt. Alle die oben erwähnten Fälle kann man in eine Gruppe der atypischen Hypertrophie der Mandel zusammenfassen, im Gegensatz zu jenen gewöhnlichen typischen Hypertrophien, bei denen die vergrösserte Mandel ihre äussere Form bewahrt. Die atypische Hypertrophie entsteht da, wo die Drüse nicht in toto, sondern in einzelnen Teilen hyperplasiert. Die Zellvermehrung nimmt meistens den oberen Teil, der sich in der Fossa supratonsillaris befindet, ein; diese hypertrophierten Teile können entweder die Form einer rundlichen Nebenmandel annehmen oder eines gestielten Lappens — Tonsillae pendula — Tonsillarpolyp; wenn aber gleichzeitig viele Teile hypertrophieren, so bekommt man eine papillomatöse Geschwulst.

1) Centralblatt f. Laryngologie etc. 1897. S. 73.
2) Intern. Centralbl. f. Laryngologie 1897. S. 296.
3) Annales des mal. de l'or. 1895.
4) Annales des mal. de l'or. 1899.
5) Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 4.
6) Intern. Centralblatt f. Lar. 1900. S. 291.
7) Centr. f. Lar. 1898. S. 562.
8) Centr. f. Lar. 1901. S. 28.
9) Centr. f. Lar. 1901. S. 490.
10) Archiv f. Laryngologie Bd. XV. S. 572.

Ein schmerzstillendes Mundwasser.

Von

Dr. Georg Avellis, Frankfurt a. M.

Seit mehr als einem Jahrzehnt beschäftige ich mich damit, die schmerzhaften Leiden des Halses durch anästhesierende Mittel zu lindern. Ich habe aus diesem Grunde die Herstellung der Anginapastillen angeregt, die aus einer Kombination von Kokain und Antipyrin bestehen. Diese Pastillen haben sich so gut bewährt, dass sie heute noch fast in dem ganzen Kreise der praktizierenden Laryngologen und der Lungenheilstätten angewandt werden. Als weniger gefährlichen, ungiftigen Ersatz der immerhin Kokain enthaltenden Anginapastillen sind die Philoralpastillen anzusehen, die auch in Frankfurt fabriziert werden und aus Anästhesin und Suprarenin bestehen und unbedenklich auch auf längere Zeit Kindern und solchen Personen gegeben werden können, bei denen der Kokaingebrauch zu widerraten ist. Bei Geschwüren und offenen Wunden verdienen die Philoralpastillen den Vorzug, bei intakter Schleimhaut sind die Anginapastillen wirksamer.

Trotz dieser Anästhetika in Pastillenform liess sich ein Bedürfnis nach einem schmerzstillendem Gurgelwasser nicht ableugnen. Die Zuckerzusätze und Geschmackskorigentien der Pastillen sind nicht bloss Diabetikern unsympathisch, sondern auch vielen anderen Patienten, auch ist das Gurgelbedürfnis bei Halsentzündungen und Mundaffektionen historisch vererbt und unausrottbar, durch die innere Massage, die die zwangsweise Fortbewegung in den Lymphbahnen und die Bereinigung der Halsorgane wahrscheinlich auch direkt nützlich. Kokainlösungen können dafür gar nicht wegen ihrer grossen Gefährlichkeit in Betracht kommen. Orthoform und Anästhesin sind in Wasser so gut wie unlöslich. Deshalb habe ich mit Freude begrüsst, als Dr. Ritsert, der Erfinder des Anäthesins ein wasserlösliches

Anäthesin, das den Namen Subkutin erhalten hat, weil es auch subkutan eingespritzt werden kann, zu einem Gurgelwasser verwendet hat.

Das „Subkutinmundwasser“ ist ungiftig, schmerzstillend und hat auch eine nicht unbedeutende desinfizierende und adstringierende Wirkung. Es ist ferner geschmackslos, so dass es auch bei empfindlichen Kranken und Kindern angewendet werden kann. Die Flaschen enthalten 100 g 2%iger Subkutinlösung.

Sein Anwendungsgebiet ist sehr gross, besonders günstig wirkt es bei allen oberflächlichen Mundaffektionen, so bei Soor, Aphthen, Stomatitis, Gingivitis, Diphtherie, Zungenkatarrhen und Rissen, einfacher katarrhalischer Rötung der Schleimhaut, besonders gut bei der Schwellung der Follikel bei akuter Pharyngitis, Seitenstrangentzündung usw.

Weniger gut ist die Schmerzstillung bei der follikulären Angina und ganz versagt auch dieses Mittel wie die oben erwähnten Anästhetika ebenfalls bei der schmerzhaftesten und langwierigsten Halskrankheit, dem Mandelabzess. Auch mittelst Nasenbades kann man schmerzhafte Geschwüre, akute Prozesse, so den Beginn des Nasenrachenschnupfens erfolgreich bekämpfen, besonders auch bei solchen Leuten, wie Berufssängern, denen diese Beschwerden die Stimme und Erwerb schädigen. Ferner kann man es auch schlucken lassen, wenn Ösophagitis vorliegt, gewöhnliche, aphthöse, ulzeröse oder auch krebsige.

Für die schrecklichen Schluckschmerzen der Halsschwindsüchtigen ist auch dieses Gurgelwasser wertlos. Nur bei Rachentuberkulose kann es neben Aufstäubungen von Anästhesin in Pulverform angewandt werden. Es ist mir durch ein neues chirurgisches Verfahren gelungen, selbst jener enormen Schluckschmerzen bei Tuberkulösen Herr zu werden, doch werde ich darüber erst bei dem nächsten Laryngologenkongress zu Pfingsten berichten.

Das Subkutinmundwasser ist also eine Anwendungsform für symptomatische Schmerzstillung in der Pharyngologie, die ich nicht mehr entbehren möchte. Ich gebrauche es jetzt 2 Jahre und bin nicht enttäuscht worden.

Die Form der Dispensierung ist einfach. Die 2%ige Lösung darf nicht unverdünnt gebraucht werden, da sie ätzend wirkt. Regelmässig wurden Verdünnungen gebraucht. Am bequemsten ist die Ordination: 1—2 Esslöffel auf 1 Glas Wasser (200 g.) zum Gurgeln. Bei Nasenbädern 1 Teelöffel auf 1 Glas Salz-Wasser.

II. Referate.

I. Allgemeines, Geschichte usw.

1. **Aseptischer Ölzerstäuber.** *Med. Klinik 1909, Nr. 5.*

Der vollständig aus Glas angefertigte Apparat ermöglicht infolge seiner Konstruktion die Verwendung kleinster Quantitäten, was besonders bei Gebrauch teuerer Medikamente von Wert ist. Leider scheint sich die Möglichkeit seiner Verwendung nur auf Nase und Rachenraum zu beschränken. Sommer, Würzburg.

2. **Bechtold, Frankfurt a. M., Phagozytosestudien.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, S. 1777.*

Ausnahmsweise sei an dieser Stelle auf eine Arbeit aus dem Institut des Frankfurter Serologen Ehrlich hingewiesen, obwohl ihr Zusammenhang mit den Aufgaben dieser Zeitschrift ein nur lockerer. B. wollte prüfen, welchen Einfluss einfache chemische Eingriffe auf die Phagozytose, insbesondere durch solche Substanzen, welche auch normalerweise im Organismus vorkommen und weiterhin, inwiefern die allgemeinen kolloiden Eigenschaften des Serums eine Rolle bei der Phagozytose spielen. Bei seinen vergleichenden Versuchen kommt Autor unter anderem zu dem für uns Laryngologen, für die doch die Milchsäure ein souveränes Heilmittel ist, besonders interessanten Ergebnisse: „Höchst auffallend ist der Einfluss der Milchsäure: teils steigert sie die Phagozytose, teils bewirkt sie Phagozytose, wo sonst keine eingetreten war."

Katz, Kaiserslautern.

3. **C. Fraenkel, Halle, Untersuchungen zur Entstehung des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 32, S. 1683, 1908.*

Im Anschluss an die Veröffentlichungen von Bordet und Gengon gewann Fraenkel in 8 Fällen aus dem Sputum von keuchhustenkranken Kindern einen von ihm genau beschriebenen Mikroorganismus, während wohl 30 oder mehr Versuche dieser Art misslangen. Bemerkenswert ist, dass zwei Affen, einem dicht zerstäubtem Schleier oder Nebel dieser Mikroorganismen, etwa 15 Minuten ausgesetzt, nach 5—6 Tagen unter dem Bilde des Keuchhustens erkrankten. Gleichwohl meint Verf. — aus Gründen, die im Original nachgelesen werden müssen — dass es noch einer ganzen Reihe genauerer Untersuchungen bedarf, um die letzten hier bestehenden, und gewiss berechtigten Zweifel zu beseitigen. Katz, Kaiserslautern.

4. **A. Friedländer, Hohe Mark bei Frankfurt a. M., Zur Therapie des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, S. 1932, 1908.*

Unter Anführung eigener Kasuistik empfiehlt Verf. neben anderen Mitteln (Rhinokulin, Fluinol, Eupneuma) die Hypnose, die „zu einer Zeit angewendet, da die asthmatischen Erscheinungen noch nicht zu schwere geworden sind, eine deutliche Linderung und Abkürzung der Krankheit zur Folge hatten“. Katz, Kaiserslautern.

5. **Arthur Hartmann, Berlin, Eine einfache Inhalationsmaske.** *Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 52.*

Die Maske besteht aus einem dünnmaschigen Drahtnetz in Drahtrahmen, welcher sich der Gesichtsform anpasst. Seitlich angebrachte Gummibänder umschlingen den Hinterkopf behufs Befestigung der Maske. Sie eignet sich zu fortgesetzter Inhalation balsamischer und narkotischer Mittel bei subakuten und chronischen Katarrhen der oberen Luftwege, bei Asthmatikern und Keuchhustenkranken, auch zur Inhalationsnarkose.

Hirsch, Magdeburg.

6. **Hecht, München, Die klinische Verwertung pathol.-histologischer Diagnosen.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 11. 1908.*

Verf. ist in Übereinstimmung mit Prof. Busch und im Gegensatz zu Roosing auf Grund zweier eingehend geschilderter Fälle zu der Schlussfolgerung gekommen, dass man dem Pathologen bei Übersendung der zu untersuchenden Präparate nicht „die Details der Krankengeschichte zur Information“ mit übermitteln solle; nach seiner Meinung soll der Pathologe ganz „unbefangen“ sein Urteil abgeben, um jede suggestive Beeinflussung zu vermeiden; hat der Pathologe sein Urteil abgegeben und ergeben sich Widersprüche zwischen dem klinischen und histologischen Befund, so glaubt der Verf., dass eine eingehende Besprechung mit dem Pathologen mit wiederholten histologischen Untersuchungen den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund auf eine gemeinsame richtige diagnostische Basis stellen wird. F. A. Wolf, Würzburg.

7. **Kanasugi, Tokio, Laryngo-rhinologische Aphorismen (aus der Schule des Prof. Grossmann-Wien).** *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 4 u. 5.*

Zunächst wird über einen Fall berichtet, in dem sich Stimmbänder und Aryknorpel bei der Inspiration in entgegengesetzter Richtung bewegen. Bei der Kranken waren wegen einer luetischen Ulzeration der Hinterwand wiederholt energische galvanokaustische Ätzungen vorgenommen worden, durch deren Narbe die Aryknorpel in ihrer oberen Hälfte festgehalten wurden. Bei der Inspiration konnten wegen des Intaktseins des Cricoarytenoidalgelenkes die Stimmbänder nicht abduziert werden, während die durch die Narbe fixierten Aryknorpel nicht folgen konnten, im Gegenteil durch die verdünnte Inspirationsluft angesaugt und abduziert wurden. Bei der Kranken schritt im übrigen die Heilung der Lues erst ordentlich vor sich, als durch Tracheotomie der Kehlkopf ruhig gestellt war. Ferner berichtet K. über mehrere Fälle, die den günstigen Einfluss von Ätzungen der mittleren Muschel bei Tic douloreux, Trigeminusneuralgien, Hemicranie

beweisen. Sodann einen Fall von Spindelzellensarkom der Nase, wo es gelang, durch Röntgenstrahlen 8 Monate bis zu dem an Metastase erfolgten Tod der Patientin ein lokales Rezidiv hintanzuhalten, Die Röntgenbestrahlung soll auch bei mehreren Fällen von Ozäna, sowohl der syphilitischen als auch genuinen, sehr günstig eingewirkt haben.

Kahn, Würzburg.

8. **Kelbling, Bad Salzbrunn, Die Behandlung von Krankheiten der Luftwege in Bad Salzbrunn unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen der Krankheiten der oberen zu denen der tieferen Wege.** *Med. Klinik 1909, Nr. 12.*

Nach des Verf. Erfolgen bietet Salzbrunn bei einem längeren Aufenthalt mit lokaler Behandlung der erkrankten oberen Luftwege die denkbar günstigsten Aussichten für eine Heilung auch der Krankheiten der Luftröhren und der Lungen.

F. A. Wolf, Würzburg.

9. **W. A. Lieven, A Discussion on the modern treatment of Syphilis, especially in regard to the Upper Respiratory Passages.** *Separatabdruck aus Proceedings of the R. Soc. of Med., Febr. 1909.*

Lieven lässt zunächst die verschiedenen Quecksilberpräparate und die Arten der Applikation Revue passieren. Die Anwendung des Hg per os, die in Deutschland fast ganz verlassen ist, wird in England noch geübt, sie hat den Nachteil, Rezidive und schwere Erscheinungen des Nervensystems nicht zu verhüten und der Stomatitis.

Zur hypodermatischen Injektion ist das Hydrargyrum salicylicum noch das geeignetste, für sehr schwere Fälle mit dringlicher Indikation werden Kalomelinjektionen empfohlen. Die beste Einverleibung des Hg ist die Schmierkur, deren Technik genau geschildert wird. Von den Jodpräparaten zieht L. Jk vor, falls es nicht vertragen wird, Sajodin. Über die Wirksamkeit der neueren Arsenikpräparate ist noch kein abschliessendes Urteil zu fällen, das Atoxyl hat grosse Gefahren an sich (Opticusathrophie). L. geht inbezug auf die Dosierung des Hg energisch vor, bei guter Toleranz zwei Mal täglich Einreibung von 4—5 g in den letzten 14 Tagen der Kur, im Ganzen 40—50 Einreibungen, bei Anämie gleichzeitig Injektionen von Natr. arsenic.

Im allgemeinen genügt für die syphilitischen Affektionen der oberen Luftwege die Allgemeinbehandlung. Äusserlich sitzende Primäraffekte sind mit Pflastern (Beyersdorff No. 5) zu bedecken. Rückfälle der sekundären Schleimhautsyphilis sind meistens hartnäckiger; sie sind mit Chromsäure oder Höllenstein zu ätzen.

Wenn tertiäre Ulzerationen der oberen Luftwege nach einigen Tagen keine Heilungstendenz zeigen, so wird eine Schmierkur begonnen; es gibt auch tertiäre Ulzerationen, die nach Jod eine deutliche Verschlimmerung zeigen. Die lokale Behandlung dieser Fälle besteht in Nasentampons mit Europhensalbe, Extraktion solcher Sequester, die leicht folgen, Lösung von Verwachsungen etc.

An der Diskussion beteiligten sich Colonel Lambkein, Sir Felix Semon, Major French, T. P. Beddoes, Harold Barwell, Donelan, Stuart Low, St. Clair Thomson, Scanes, Spicer, Dan

McKenzie, Lieven (Schlusswort). Es wurden besonders die Schwierigkeiten hervorgehoben, die sich der Einführung der Inunktionskur in England entgegenstellen. Bl.

10. **Lublinski, Berlin, Zur Inhalationstherapie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 2.*

Beschreibung eines Nasenansatzes, welcher, am Glasrohr der Inhalationsmaschine durch einen Gummischlauch befestigt, den Nasenflügeln von aussen angelegt wird. Hirsch, Magdeburg.

11. **Peters, Eisenach, Über Estoral und seinen Wert für den Allgemeinpraktiker bei Nasen- und Ohrenerkrankungen.** *Fortschritte der Medizin 1908, Nr. 36.*

Verf. empfiehlt den unter dem Namen Estoral in den Handel kommenden Borsäure-Mentholester als überaus brauchbares Mittel bei akuten sowie auch chronischen Entzündungen der Nase und des Ohres. Sommer, Würzburg.

12. **Senftleben, Breslau, Zur Therapie des Keuchhustens.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 2.*

Empfehlung des Antipyrins. Dosierung: 3 mal täglich soviel Dezigramme, als das Kind an Jahren alt ist, bei Kindern von 7—12 Jahren 3 mal täglich 0,75, bei solchen über 12 Jahren 3 mal täglich 1,0. Das Pulver wird in 25 g warmen Wassers gelöst und die Lösung per anum injiziert. Wiederholung dieser Einspritzungen zunächst 10 Tage lang. Hirsch, Magdeburg.

13. **Whiting, London, Angioneurotisches Ödem als familiäre Ursache plötzlichen Todes.** *Lancet. 7. Nov. 1908.*

Der Verf. beschreibt drei Fälle dieser Krankheit, welche zu seiner Kenntnis gelangten. Im ersten Falle ergriffen die Schwellungen gewöhnlich das Gesicht und die Glieder, gelegentlich aber auch den Hals und die Zunge. Im zweiten Falle wurde gewöhnlich die Zunge und gelegentlich auch die Wangen und Lippen ergriffen. Im dritten Fall war der Patient ein Mann von 33 Jahren, der seit seinem 6. Jahre plötzlichen Anschwellungen an verschiedenen Teilen des Körpers unterworfen war. Er starb fast plötzlich an Erstickung und die Autopsie zeigte eine enorme Anschwellung der Epiglottis und Ary-epiglottischen Fällen. Es ist dieses eine ausgesprochene Familienkrankheit. Von 205 Fällen, die von MacDowell beobachtet und untersucht wurden, kamen nicht weniger als 110 Fälle in Familiengruppen vor. Dass sie die Ursache eines plötzlichen Todes sind, zeigt ferner die Tatsache, dass in diesen 110 Fällen 30 an Obstruktion der Luftwege starben. Ferner von 33 Fällen, von denen Ensor berichtet, dass sie in einer Familie, welche 80 Glieder umfasste, vorkamen, trat der Tod in 12 Fällen durch Obstruktion der Luftwege ein. Guthrie, Liverpool.

2. Nase und Nebenhöhlen.

14. **Adam, Glasgow, Die Beschaffenheit und Behandlung der atrophischen Rhinitis.** *Brit. med. Journ., 24. Oct. 1908.*

Eine genaue Untersuchung von 29 Fällen führte den Verf. zur Schlussfolgerung, dass atrophische Rhinitis das Endstadium der hyper-

plastischen eitrigen Rhinitis ist. Seine Gründe für diese Ansicht sind folgende:

1. Sinusitis — welche ein hyperplastischer Prozess ist — tritt in mehr als der Hälfte der Fälle auf. 2. Bei Kindern, deren Mütter von Atrophie und Ozäna befallen sind, zeigt sich häufig ausgesprochene hyperplastische Rhinitis. Stücke hyperplastischen Gewebes, welche in diesen Fällen entfernt wurden, zeigen Schnitte, die charakteristisch sind und auf Atrophie hinweisen. 3. Frühzeitige atrophische Veränderungen finden sich in den Muscheln bei Fällen von chronischer Sinusitis, welche keine besonders hervortretenden Anzeichen von Atrophie aufweisen. 4. Atrophie der unteren Muscheln ist oft mit Hyperplasie der mittleren Muscheln verbunden.

Chronische Hyperplasie, welche das Ergebnis eines infektiösen Prozesses ist, darf nicht mit Hypertrophie verwechselt werden; diese geht nie bis zur Atrophie; die erstere dagegen zeigt, bei genügend langer Dauer, immer die histologischen Veränderungen, welche mit Atrophie verbunden sind.

Guthrie, Liverpool.

15. **Bleyl, Nordhausen, Über die Entstehung der Nasendeformität durch Polypenbildung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1908, 10. Heft.*

Für die Entstehung der Nasendeformität durch multiple Polypen kommen hauptsächlich folgende Momente in Betracht:

1. Der Druck der Polypen auf die Nasenwände:
   a) infolge Atrophie der Knochen,
   b) infolge Sprengung der knöchernen Suturen;
2. Entzündliche Prozesse:
   a) des Knochens: chronische Periostitis;
   b) der Weichteile: entzündliches Ödem.

Sommer, Würzburg.

16. **J. F. Byington, Some observations on the etiologie and treatment of nasal catarrh.** *The Journal of the Michigan state medical society, Juny 1907.*

Verf. weist auf: 1. Autointoxikation und 2. Nasenobstruktion — Deviatio septi, Hypertrophia conchae inf. und med. als häufige Ursache der Entstehung der Nasenkatarrhe hin.

A. Heimann.

17. **Chiari, Wien, Zur Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Med. Klinik 1909, Nr. 5.*

Die Ausführungen des Verfs. sind für den Allgemeinpraktiker bestimmt. Für den Spezialisten enthalten sie nichts wesentlich Neues.

Sommer, Würzburg.

18. **Claoué, Bordeaux, Zwei bemerkenswerte Fälle von kombinierter Erkrankung der Kiefer-Stirn-Siebbeinhöhle.** *Annales des maladies de l'oreille tome XXXIV, Nr. 12.*

Der erste Fall betrifft ein vierjähriges Mädchen, bei dem die drei genannten Nebenhöhlen, die Kieferhöhle sogar zweimal eröffnet werden mussten. Im Eiter fand sich der Bacillus foetidus in Reinkultür.

Der zweite Fall ist interessant, weil die Röntgenuntersuchung und die klinische Untersuchung im Widerspruch zu sein schien. Das Skiagram

zeigte Schatten in der Gegend des rechten Sinus frontalis, der bei der Rhinoskopie nicht sondierbar war und keinen Eiter zu entleeren schien. Der linke Sinus frontalis, aus dem Eiter leicht ausgewaschen wurde, schien im Röntgenbilde hell. Der Widerspruch wurde durch die Operation aufgeklärt. Es zeigte sich, dass beide Höhlen krank waren, nur entleerte der rechte Sinus sich in den linken und durch diesen erst in die Nase. Die Schleimhaut der rechten Stirnhöhle war hochgradig verdickt und daher der Schatten. Diese Beobachtung zeigt den eminenten Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnostik der Sinusitiden.

Lautmann, Paris.

19. **L. W. Dean, Widening of the palatal arch, its influence on the nose and nasopharynx.** *The Journal of Ophthalm. and Oto-Lar., Vol. 2, Nr. 8.*

Verf. hat häufig Besserung der Nasenatmung nach zahnärztlicher Behandlung des hohen Gaumens gesehen. M. Heimann.

20. **Downie, Glasgow, Über die Dauer der Verbesserung der Nasenform, die durch Paraffininjektionen erreicht wird.** *Brit. med. Journ., 10. Oct. 1908.*

Der Verf., dessen Erfahrung sich auf mehr als 200 Fälle erstreckt, meint den Beweis geliefert zu haben, dass wo die Verunstaltung im Einsinken besteht, und wo die Haut, welche die eingesunkene Fläche bedeckt, gesund ist, die Form der Nase in allen Fällen verbessert werden kann und in den meisten Fällen kann die Deformität vollständig durch subkutane Injektion von Paraffin gehoben werden. Überdies ist die Verbesserung, jedenfalls in den meisten Fällen, von Dauer und wahrscheinlich ist das in jedem Falle der Fall, wo das Paraffin richtig eingeführt worden ist.

Bei der Injektion im flüssigen Zustande verteilt sich das Paraffin in winzige Kügelchen und fliesst durch das Zellengewebe, wo es in der Lage erhalten wird, ähnlich wie das Fett des Fettgewebes. Wenn es dagegen im festen Zustande eingeführt wird, so kann es nie so eng mit dem subkutanen Gewebe verbunden werden und kann folglich von seinem Platze wandern. Guthrie, Liverpool.

21. **Dundas Grant, London, Der Gebrauch der Sonde zur Dilatation des trichterförmigen Sinus frontalis.** *Brit. med. Journ. Sept. 26, 1908.*

Der Verf. hat eine graduierte Serie von sechs Metallsonden erfunden, gebogen wie Hartmanns Kanüle, für die Stirnhöhle. Der Versuch wurde gemacht, immer grössere Sonden durch das Infundibulum zu führen, um es zu erweitern und das Zurückhalten von Eiter zu verhindern und die Heilung zu befördern. Über zwei Fälle wird berichtet (der eine eine bilaterale Erkrankung), in denen eine äussere Operation — sonst dem Anscheine nach nicht zu umgehen — durch diese Behandlung, verbunden mit Spülungen, vermieden wurde. Die Methode wurde in zirka einem Dutzend Fällen mit ermutigendem Erfolge angewandt. Guthrie, Liverpool.

22. **Dupond, Ein Fall von tuberkulösem Tumor des Septum nasi.** *Archives internat. de Laryngologie November-Dezember 1908.*

Tuberkulöser, festsitzender, einmarkstückgrosser Tumor der Nasen-

scheidewand; es handelt sich um die primäre Form, da die Anamnese in betreff der Tuberkulose absolut negativ war; atrophische hintere Rhinitis der Nasenhöhle derselben Seite. Heilung nach Abtragung. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Diagnose keine allzueilige sein soll und dass man das Resultat der mikroskopischen Untersuchung erwarten muss. In dem betreffenden Falle hatte der Tumor beim ersten Anblick eine grosse Ähnlichkeit mit einem Polypen. Menier.

23. **Elias, Bukarest, 4 Fälle von Paraesthesia nasalis.** *Annales des maladies de l'oreille tome XXXIV, Nr. 12.*

Nicht mit Rücksicht auf die vier, übrigens ganz oberflächlich mitgeteilten Fälle von Elias, sondern im allgemeinen mag bemerk werden, dass in keiner Spezialität, nicht einmal in der Gynäkologie, soviel von Reflexnerven, Parästhesien etc. berichtet wird, wie in der Rhinologie. Es ist ausgemacht, dass viele dieser dieser Parästhesien das Präludium von anderen organischen und Gehirnleiden waren. (Fälle von Krebs in der Highmorshöhle, von Bulbaerlähmung, progressiver Paralyse etc.)

Lautmann, Paris.

24. **Fletscher, Chikago, Zur Verbesserung der Technik bei Nasen- und Ohrenoperationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde 1908, 12. Heft.*

Verf. hat nach dem Prinzip eines Locheisens eine Knochenzange konstruiert, welche den Vorzug hat den Knochen glatt zu durchschneiden, und bei der infolge der automatischen Reinigung eine Verlegung der Hohlbranchen mit Knochensplittern vermieden wird.

Sommer, Würzburg.

25. **Kahler, Wien, Über kongenitale knöcherne Choanalatresie.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, 1. Heft, 1909.*

Die in jeder Beziehung erschöpfende Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat; es muss deshalb die Studie des Originals sehr empfohlen werden. F. A. Wolf, Würzburg.

26. **Kéraudreu, Pseudo-Sinusitis frontalis hysterischen Ursprungs.** *Archives internationales de Laryngologie, November-Dezember 1908.*

22 jährige Patientin mit Nasenpolypen und Kieferhöhlenempyem beiderseits. Nach entsprechender Behandlung tritt Heilung ein. Die Stirnhöhlen waren vom Anfang an ein wenig druckempfindlich; sie waren aber durchsichtig. Nach einigen Monaten kam Patientin zurück und klagte über Schmerzen in der Stirngegend. Kein Eiter in den Nasengängen; Stirnhöhlen hell. Da der Zustand plötzlich sehr schwer wurde, operierte Verf. die linke Stirnhöhle, die er vollkommen gesund fand. Er befahl aber dem Wartepersonal der Patientin zu sagen, dass die Operation dringend geboten war und dass man beide Höhlen operiert hatte. Den folgenden Tag waren alle Stirnschmerzen verschwunden und Patientin erklärte, sie wäre geheilt. Es handelt sich in diesem Fall um eine hysteroneurasthenische Patientin. Immerhin konnten die Anamnese und die vorhandenen Zeichen an eine latente Eiterung glauben lassen.

Menier.

27. **Kretschmann, Magdeburg, Zur operativen Behandlung der Nasenscheidewanddeformitäten.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1908, S. 2131 (mit 2 Abb.).*

Aus dem Wunsche heraus, einen weiteren und bequemeren Zugang, als dies bei den bisher geübten submukösen Resektionsmethoden möglich war, zu gewinnen, schlägt Kretzschmar die orale Methode vor, die er selbst in mehreren Fällen mit günstigem Erfolg geübt hat. Er rühmt hier auch die Vorteile der Kuhnschen Intubationsnarkose, wie überhaupt für sein Verfahren Allgemeinnarkose notwendig ist.

Katz, Kaiserslautern.

28. **Löwe, Berlin, Zur Chirurgie der Nase.** *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 4.*

Verf. beschreibt seine Methode mittels doppelseitiger Dekortikation die Regio olfactoria und den lateral davon gelegenen Abschnitt des Nasendaches, sowie die Regio respiratoria freizulegen. Die Einzelheiten auch die Methode des Verfs. zur Freilegung der Hypophysis müssen im Original nachgelesen werden. Kahn, Würzburg.

29. **Logan Turner, Edinburg, Die Methoden der Behandlung eitrigen Sinusitis maxillaris.** *Brit. med. Journ. 16. Oct. 1908.*

Der Verf. hat 180 Fälle einem genaueren Studium unterworfen, bei welchen nur das Antrum krank war und hat versucht, Merkmale zu finden, die es bei jedem gegebenen Falle ermöglichen, zu bestimmen, ob zuerst eine Behandlung durch Spülungen versucht werden soll, oder ob man sich gleich für eine Radikal-Operation zu entscheiden hat.

Er ist der Ansicht, dass der Erfolg oder das Fehlschlagen bei Spülungen nicht vom Alter des Patienten abhängt. Das Vorhandensein von Nasenpolypen im Antrum sollte den Chirurgen nicht veranlassen, eine sofortige Radikal-Operation vorzunehmen, denn von 15 Fällen, welche dieses zeigten, wurden 10 durch Spülungen geheilt, 4 wurden nicht geheilt und einen Fall verlor man aus den Augen.

Das Vorhandensein von Nasenpolypen sollte aber den Verdacht einer gleichzeitigen Erkrankung in einem anderen Sinus erwecken. In Fällen von Eiterung des Antrums von kurzer Dauer (weniger als ein Jahr) waren Spülungen in 84 % von Erfolg; während in Fällen von längerer Dauer nur 58 % hierdurch geheilt wurden. Es zeigte sich, dass der Wert der Spülungen der gleiche war, ob die Infektion von der Nase oder von den Zähnen ausging.

Der Eiter wurde histologisch in 25 von diesen Fällen und bakteriologisch in 62 untersucht. Man kam zu dem Resultat, dass in Fällen langandauernder Eiterungen (Dauer von einem Jahr und mehr) anfangs Spülungen angewandt werden können, wenn die hervortretendsten Mikroorganismen Pneumococcus und Staphylococcus sind. Wenn aber in Fällen derselben Mikroorganismen-Klasse der Streptococcus pyogenes vorhanden ist, oder wenn der Streptokokkus verbunden ist mit Vorhandensein von squamösem Epithel oder Lymphozyten, so sollte die Radikal-Operation anzuraten sein und ausgeführt werden. Entscheidet man sich für eine Spülung, so ist eine intra-nasale vorzuziehen.

Wird die Radikal-Operation gemacht, so sollte es nach dem Prinzip der Luc-Caldwell-Methode geschehen. Guthrie, Liverpool.

30. **Martens, Bochum, Zur Diagnose und Behandlung der Nasennebenhöhleneiterungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 4.*

Hinweis auf die Bedeutung des Saugverfahrens. Der Apparat der Verf. besteht aus einer Strahlpumpe, die durch Schlauch mit dem Muckschen Ansatz verbunden ist. Ein Vakuummeter zeigt den Druck an.

Hirsch, Magdeburg.

31. **Moll, A. C. H., Primäres Karzinom der Stirnhöhle[1]. (Oorspronkelyke kanker van de voorhoofdsholte).** *Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland, 24. October 1908.*

Primäres Carcinom der Stirnhöhle ist sehr selten. Ausser zwei Fällen von sekundärem Carcinom der Stirnhöhle von Hellmann und Bertheux, erwähnt Moll einen Fall von Bartha und Onodi von unzweifelhaft primärem Krebs des Sinus frontalis.

In dem Falle von Moll wurde die Diagnose von einem Tumor der Stirnhöhle nicht gleich gestellt.

Bei einem Manne von 65 Jahren, der an schweren Kopfschmerzen litt, wurde wegen Verstopfung die Nase untersucht. Diese war an beiden Seiten verstopft, der Geruch war ganz verschwunden. Beide Nasenhälften waren von Polypen ausgefüllt und rechts wurde auch eine Crista Septi gefunden. Rechts war Exophthalmus, welcher schon viele Jahre bestand, wie alte Porträts des Patienten zeigten.

Bei Durchleuchtung waren beide Pupillen dunkel, Lichtperzeption fehlte ganz.

Die Polypen und die Crista Septi wurden entfernt. Bei Probedurchspülung des Antrums Highmori wurde kein Schleim oder Eiter gefunden, die Stirnhöhle konnte nicht sondiert werden. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Polypen zeigten sich diese als Schleimpolypen ohne Malignität.

Da die Kopfschmerzen nicht aufhörten, wurde der rechte Sinus frontalis geöffnet. Gleich bei der Inzision drang das Messer durch eine dünne Knochenlamelle in den Sinus, welcher von Tumormassen ganz ausgefüllt war. Die hintere Wand war vom Tumor schon usuriert, sodass die Dura frei lag; der Tumor war in die Schädelhöhle hineingewachsen.

Eine Radikaloperation konnte nicht mehr gemacht werden und der Patient starb 6 Wochen nach dem Öffnen der Stirnhöhle. Es wurde noch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen versucht, aber ohne Resultat.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Tumors zeigte Carcinom, welches wahrscheinlich vom Epithel der Sinusschleimhaut entstanden war.

Kan, Leiden.

32. **Morestin, Paris, Krebs des Oberkiefers der im Antrum Highmori seinen Ursprung hatte.** *La Presse médicale, 2. Novembre.*

Ausgedehnte Resektion des Oberkiefers und der Weichteile des Gesichts; Plastik durch Stirn- und Schläfenlappen. — Vollkommene Heilung seit 21 Monaten mit befriedigendem kosmetischen Resultate. Menier.

[1]) Vortrag, gehalten auf dem 12. Vlämischen physischen und medizinischen Kongresse in St. Niklaas.

33. **Orlowski, Berlin. Über die kosmetische Umformung einer knorpligen Nasendifformität durch Massage.** *Med. Klinik 1909. Nr. 4.*

Die Difformität, vom Verf. als Nasenspitzenblähung bezeichnet, besteht in einer mehr oder weniger starken Verwölbung hinter der Nasenspitze. Die Stelle entspricht der Grenzzone von Cartilago triang. und dem lateralen Schenkel der Cartil. alaris major. Aus der verminderten Beweglichkeit beider Platten gegeneinander schliesst Verf. auf eine Verwachsung derselben und aus der Unfähigkeit der Nüsternatmung folgert er eine Atrophie der Pars alaris des Musc. nasalis. Auf diesen beiden Tatsachen basiert die Behandlung durch Massage.

F. M. Wolf, Würzburg.

34. **B. Panzer, Wien.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 11.*

P. zeigt ein 7 Monate altes Kind mit einem Empyem der Highmorshöhle; etliche Tage vor dem Auftreten desselben war ein retropharyngealer Abszess eröffnet worden, woran sich eine Pneumonie und Schwellung der rechten Gesichtshälfte anschloss. F. M. Wolf, Würzburg.

35. **Parker, London, Akzessorische Höhlen im Septum nasi.** *Brit. med. Journ. 26. Sept. 1908.*

In zwei Fällen entdeckte der Verfasser, während er eine submuköse Resektion des Septums Nasi ausführte, eine deutlich sichtbare Zelle im knöchernen Teil des Septum. Er gibt einen kurzen Bericht über diesen Fall, wie auch über zwei ähnliche, von denen der eine von Freer-Chicago, der andere von Harmes-Leeds beobachtet wurde. In jedem dieser Fälle schien die Zelle nahe bei der das Siebbein und das Pflugscharbein des Schädels verbindenden Naht zu liegen und gerade ausserhalb der Basis des Os sphenoidale. Der Verf. untersuchte 500 Schädel verschiedener Rassen und fand in 11 Fällen (2,2 %) an einer, gewöhnlich der linken Seite, seltener an beiden Seiten, eine nach unten gehende Verlängerung des Sinus sphenoidalis, der die Flügel und die Platte des Vomer trennte und deren bedeutende Anschwellung und Ausbauchung verursachte. Diese Verlängerung nennt er die Spheno-Vomer-Bulla. Er glaubt, dass das Vorhandensein dieser Bulla die Entdeckung einer Luftzelle im Septum während der Operation der submukösen Resektion in den vier genannten Fällen erklärt.

Vom klinischen Standpunkt aus ist diese Abnormität in bezug auf ihre Wirkung auf die chronische Eiterung des Sinus-Spheroidalis von Wichtigkeit Dank dem Vorhandensein dieser Bulla kann die Tiefe des Sinus um 8 bis 12 mm vergrössert werden. Dieses muss dem natürlichen Abfluss sehr hinderlich und die Ursache sein, dass ein solcher Sinus sehr leicht infiziert wird. Ferner kann das Vorhandensein der Bulla es erklären, dass in einigen Fällen die Suppuration fortdauert auch nach der operativen Entfernung der vorderen Wand des Sinus.

Guthrie, Liverpool.

36. **Price-Brown, Bemerkungen über zwei aussergewöhnliche Stirnhöhlenfälle.** *Journ. of Laryngol., Oct. 1908.*

Im ersten Falle hatte eine äussere Fistel fast zwei Jahre lang bestanden. Der Erweiteruug des Ductus fronto-nasalis und Einführung einer Röhre folgte schliesslich die Genesung.

Im zweiten Falle wurde eine modifizierte Ogston-Luc-Operation ausgeführt, welcher eine bemerkbare Erhöhung der Temperatur folgte, Delirium und beschleunigter Puls. Die Nähte wurden entfernt und die ganze Wunde geöffnet. Dann wurde eine Spülung von oben ausgeführt und danach folgte die Heilung. Guthrie, Liverpool.

37. **Réthi, Wien, Die Radikaloperation der Kieferhöhle von innen her.** *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 1.*

Verf. entfernt nach Kokainisierung und Adrenalisierung der unteren Muschel, des unteren und mittleren Nasenganges die zwei vorderen Drittel der unteren Muschel, legt dann an der Insertionslinie der Muschel hinter dem vorderen Ende derselben mit dem Meissel eine Öffnung an und erweitert mit der Knochenzange sowohl nach oben in den mittleren, als auch nach unten in den unteren Nasengang, so dass eine breite Kommunikation zwischen Kieferhöhle und Nasenhöhle entsteht. In derselben Sitzung womöglich Entfernung von Wucherungen in der Kieferhöhle mit dem scharfen Löffel. Unter 58 so behandelten Fällen sind 49 geheilt, 9 gebessert.

Kahn, Würzburg.

38. **Salaris, Die Ozäna.** *Il Morgagni, 10. Febr. 1909.*

Nach Auseinandersetzung der verschiedenen Theorien über den Ursprung und das Wesen der Ozäna und der verschiedenen Behandlungsmethoden redet Verf. das Wort der Methode von Cozzolino, die, obgleich über 25 Jahre alt, heute fast keine Anhänger hat, obschon sie in geschickten Händen glänzende Resultate gibt. Die radikale Behandlung besteht in einer sorgfältigen Auskratzung der ganzen nasalen Schleimhaut und einer nachherigen trockenen, aseptischen Tamponade. Damit wird der krankhafte Boden tief verändert; es bildet sich ein sklerotisches Gewebe. Einigermassen wird dabei dem wohltätigen Werke der Natur nachgeahmt.

Menier.

39. **Sargnon, Direkte Endoskopie der Kieferhöhle durch die Fistelgänge.** *Archives internat. de laryngologie, November-Dezember 1908.*

Mit Hilfe eines Spekulums (welches die Form eines Ohrtrichters hat, aber länger ist; Durchmesser 4 und 5 mm) kann man, wenn der Patient liegt oder den Kopf nach hinten neigt, einen Teil der Kieferhöhlenschleimhaut sehen. Die Einführung des Trichters durch die Fistel geschieht sehr leicht; den Fistelgang kann man vorher durch einen Wattebausch dilatieren. Bis jetzt untersuchte Verf. nur durch alveoläre oder supra-alveoläre Fisteln. Die Methode erlaubt eine genaue Untersuchung der Schleimhaut und die Entdeckung eventueller Wucherungen, sowie die Entdeckung und Herausnahme von Fremdkörpern. Die Behandlung kann auch durch die Öffnung den kranken Punkt direkt und genau treffen.

Menier.

40. **Sprenger, Stettin, Schwammgummikugel mit Stiel zur Behandlung von Nasenleiden.** *Med. Klinik 1909, Nr. 7.*

Bei chronischen Nasen- und Rachenkatarrhen, Ozäna, Heufieber etc. empfiehlt Verf. seine etwa kirschgrossen Kugeln von sogenanntem Schwammgummi, welche in das Vestibulum nasi eingelegt, durch Erhöhung

der Innenwärme und Herbeiführung einer aktiven und passiven Hyperämie günstig wirken. Sommer, Würzburg.

41. **St. Clair Thomson, London, Behandlungsmethode bei Eiterung des Sinus maxillaris.** *Brit. med. Journ. 10. Oct. 1908.*

Mit diesem Bericht eröffnet Prof. Thomson eine Diskussion in der Versammlung der „British Medical Association" in Sheffield. Nach kurzem Hinweis auf die zweckdienlichsten Behandlungsmethoden bespricht er die Erwägungen, welche uns bei der Wahl der Methode leiten sollen.

Bei Ausführung der Radikaloperation näht er die Wunde der Fossa canina nicht zu; er vermeidet es, die untere Muschel zu beschädigen und ist sparsam im Gebrauch der Kurette.

Da er der Ansicht ist, dass die Hauptursache der Misserfolge in der gleichzeitigen Erkrankung des Siebbeins liegt, entfernt er fast immer die mittlere Muschel, öffnet die Zellen des Siebbeins von der Nase aus und macht durch die Wunde der Fossa canina eine breite Öffnung zur Nase sowohl oberhalb, als auch unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel. Nächst dem Siebbein ist der Sinus sphenoidalis die gewöhnlichste Ursache des Misserfolges. Mit bezug auf Fälle der Erkrankung des Antrums, die durch Eiterung in anderen Höhlen kompliziert sind, legt Thomson besondere Bedeutung der Reihenfolge bei, nach welcher der erkrankte Sinus operiert werden sollte. Grosse Gefährdung kann es zur Folge haben, wenn die Radikaloperation des Antrums eines Patienten vollzogen wird, bei dem Eiterung in anderen Höhlen fortbesteht. Im Falle das Siebbein und der Sinus frontalis krank sind, sollten sie beide behandelt werden, bevor das Antrum in Angriff genommen wird.

Ausspülungen durch eine Zahnlücke ist gelegentlich von Erfolg, selbst in Fällen von veralteten Leiden, aber in den weitaus meisten Fällen kehrt es — obgleich die Sekretion abnimmt und sogar für Monate ganz fortbleiben kann — bei jeder neuen katarrhalischen Infektion wieder.

Guthrie, Liverpool.

42. **Ullmann, Wien, Folliculitis exulcerans nasi.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 7.*

Bei einer 50jährigen Frau entwickelte sich vom linken Nasenflügel aus innerhalb 10 Wochen eine Entzündung der Nasenhaut unter Bildung von Pusteln, welche unter lebhafter Eiterung zu schmerzhaften Geschwüren zerfielen. Im Eiter Staphylokokken, keine Spirochäten. Histologisch das Bild einer einfachen Entzündung ohne spezifischen Charakter; keine knötchenartige Anordnung, keine Riesenzellen, keine Bakterien.

Sommer, Würzburg.

43. **Underwood, London, Einige neuere Untersuchungen des anatomischen und pathologischen Zustandes des Sinus maxillaris in Beziehung zu den Zähnen.** *Journ. of Laryngol., November 1908.*

Die Ergebnisse von Beobachtungen, welche in diesem Artikel wiedergegeben wurden, sind Vorbemerkungen zu einer umfassenden Arbeit, die der Verf. später herauszugeben beabsichtigt.

Der Boden des Antrums und der untere Meatus wurden direkt an 33 Schädeln und an 150 indirekt durch Durchleuchtung etc. untersucht.

Es ergab sich, dass die Grösse und Lage des Sinus eingeschränkt und vielleicht bestimmt wurde durch den Durchbruch, die Entwickelung und den Verlust der Zähne, in einem Masse wie man es bisher nicht vermutet hatte.

Die Resultate der Forschungen sind folgende:

1. Septa wurde meist an drei Stellen gefunden: a) hinter der Wurzel der dritten Molaris; b) unmittelbar vor dem dritten Molaris; c) zwischen den Wurzeln des ersten Molaris und des zweiten Prämolaris.

2. In 70 % ist die Fossa canina vor oder an dem äusseren Rande des Sinus.

3. Der dritte Molarzahn ist immer in Verbindung mit der Höhle. Der zweite Molarzahn ist normalerweise in Verbindung mit dem tiefsten Teil der Höhle. In den Fällen, wo die Molarzähne gesund sind, vertieft sich der Boden zwischen den palatinen und buccalen Wurzeln.

4. Chronische Entzündung der Zahnwurzeln verursacht Verdickung des Bodens des Antrums und hierdurch wird die Höhle durch eine alveolare Öffnung schwerer erreichbar.

5. Früher Verlust der Zähne hebt den Boden und vermindert die Kapazität des Sinus. Guthrie, Liverpool.

44. **Walb-Bonn, Über Saugbehandlung der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 1.*

Beschreibung eines in die Saugvorrichtung eingeschalteten Quecksilbermanometers zur Bestimmung der Saugkraft. Hirsch, Magdeburg.

45. **Walb und Horn, Über Saugbehandlung bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc. LVII. Bd. 1. H.*

Verff. sehen in der Saugbehandlung die hervorragendste Behandlungsweise aller akuten Nebenhöhlenerkrankungen, während dieselbe in chronischen Fällen, besonders wenn stärkere Veränderungen der Höhlenschleimhaut vorliegt, versagt. — Bei der Nachbehandlung operierter Fälle wirkt die Saugmethode unterstützend und abkürzend; für die differentielle Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen bildet sie ein wichtiges Hilfsmittel. — Da die bisher gebräuchlichen Saugballons nicht den nötigen Druck zu leisten vermögen, geben Verff. eine Saugpumpe aus Metall an mit eingeschaltetem Manometer zur Abmessung der Druckhöhe und praktischem Nasenansatz. Oertel, Dresden.

46. **Watson Williams, Bristol, Eine Operationsmethode des Pan-Sinusitis.** *Brit. med. Journ., 26. Sept. 1908.*

Der Zweck dieser Operation ist die Stirnhöhle zu obliterieren und von vorne Zutritt zu dem Ethmoidal- und Sphenoidal-Sinus zu erlangen. Der erste Einschnitt in die Haut erstreckt sich von Augenbrauen zur Nasenwurzel und von dort hinunter gerade ausserhalb der Mittellinie. Die äussere knöcherne Wand der Stirnhöhle und so viel als nötig scheint, vom Boden wird entfernt, eine Orbitalspange wird erhalten.

Ein zweiter Einschnitt — ungefähr 2 cm lang — erstreckt sich längs dem inneren und unteren Rande der Augenhöhle. Die Tränendrüse und der Inhalt der Augenhöhle werden nach aussen geschoben, die Nase eröffnet mit Meissel oder Bohrer. Mit einer feinen, durch die Nase ge-

führten Säge wird der Knochen von hinten nach vorn durchsägt und ein osteoplastischer Lappen gebildet, welcher aus dem grösseren Teil des Nasenknochens besteht, dem Nasenfortsatz des Oberkiefers und einem kleinen Teil des Stirnbeins, soweit er den Ductus frontalis überdeckt, mit Haut und den Weichteilen, welche sie bedecken.

Auf diesem Wege ist es möglich, Zutritt zum Ethmoidal-, und wenn nötig, dem Sphenoidal-Sinus zu erlangen. Der Lappen wird schliesslich wieder zurückgelegt.

Im Vergleich zu Killians Methode wird für die hier erläuterte hervorgehoben, dass sie einen besseren Einblick in die Ethmoidalregion ermöglicht, dass die Störung des Inhalts der Augenhöhle geringer ist, und dass, da die ganze Länge des vorderen Nasenganges freigelegt wird, kleine Zellen nicht unbemerkt bleiben können. Es wird von einem erfolgreichen Falle ohne Verunstaltung berichtet. Guthrie, Liverpool.

47. **Ziem, Danzig, Einige Worte über Entzündung der Stirnhöhle.** *Med. Klinik 1909, Nr. 3.*

Verf. hält die Probedurchspülung nach Eröffnung des Sinus am Orbitalrande mittels feiner Fräse und der Bohrmaschine für das beste Hilfsmittel bei der Diagnose der Sinusitis frontalis. Bezüglich der Therapie spricht er sich gegen die Radikaloperation aus.

Sommer, Würzburg.

3. Rachen.

48. **Bennecke, Jena, Über Pharyngitis keratosa punctata.** *Med. Klinik 1909, Nr. 1.*

Der Aufsatz stellt einen Auszug aus den Arbeiten von Wyssokowiczund Januszkiewicz dar. Sommer, Würzburg.

49. **Berlin, Köln, Über die Behandlung der Diphtherie nach den während der Jahre 1900—1908 im städt. Augusta-Hospital zu Köln gemachten Erfahrungen.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, S. 1974, 1908.*

Verf. empfiehlt natürlich aufs wärmste die Behringsche Serumtherapie, dessen Erfolge um so besser sind, je frühzeitiger es zur Anwendung kommt. Details müssen im Original nachgelesen werden.

Katz, Kaiserslautern.

50. **Mc. Bride, Edinburg, Die Behandlung des chronisch-entzündlichen Zustandes des Oro-Pharynx.** *Brit. med. Journ. 26. Sept. 1908.*

Mit diesem Vortrage eröffnet der Verf. die Diskussion über obiges Thema auf dem Kongress der Brittish Medical-Association in Sheffield. Seine Referate sind wie folgt eingeteilt:

1. Chronische Entzündungen der Tonsillen. 2. Eiteriger Zustand der Tonsillen und des Pharynx. 3. Chronische Pharyngitis. 4. Pseudo-Pharyngitis.

Mit der letzten Bezeichnung ist ein Zustand gemeint, bei welchem der Patient bei fehlender äusserer Ursache, über beständiges Räuspern und Speien klagt. Hellat hat kürzlich eine Reihe von Fällen besprochen, bei

welchen diese Gewohnheit vorhanden war und die anscheinend verschiedene Störungen, wie Obstruktion der Nase, Dyspnoe, Verstopfung etc. verursachte.

Mc Bride teilt seine Ansicht, dass es von Wichtigkeit ist in solchen Fällen das Speien zu verbieten.

In bezug auf die chronische Pharyngitis wird auf solche Fälle hingewiesen, bei denen allemeine Kongestionen vorhanden sein können und der Patient über häufig auftretende Erkältungen klagt. In diesen Fällen ist häufig eine leichte Abnormität vorhanden, z. B. leichte Deviation des Septums, aber nach Ansicht von Mc Bride hat eine Operation auf die Neigung zur Erkältung wenig oder gar keinen Einfluss. Er setzt mehr Vertrauen in allgemeine hygienische Massregeln und weist beipflichtend auf das Werk von Moritz Schmidt über dieses Thema hin.

In bezug auf die Behandlung von chronischer Pharyngitis im allgemeinen, betont der Verf. die Wichtigkeit der systematischen Übungen der Atmungsmuskeln sowohl als auch des ganzen Körpers. Dem Patienten nur zu raten sich Bewegung zu machen, ist zwecklos. Wenn Bewegung nötig ist, so sollte das „Wieviel" und die Art derselben bestimmt vorgeschrieben werden. Guthrie, Liverpool.

51. **Grazzi, Florenz, Cura phisica o meccanica della faringite catarrale cronica e più specialmente della forma ipertrofica e granulosa con presentazione de speciali istrumenti. (Physische oder mechanische Behandlung der chronischen katarrhalischen Pharyngitis und speziell der hypertrophischen oder granulösen Form mit Demonstration von Spezialinstrumenten).** *Bulletino delle malattie etc. 1908, Nr. 5.*

Die zur Behandlung der chronischen hypertrophischen Pharyngitis im allgemeinen üblichen lokalen Massnahmen sind zweifellos in ihrer Wirksamkeit meist nicht recht befriedigend und bringen dabei, wie speziell die Kaustik in ihren verschiedenen Formen, unter Umständen recht unerwünschte, die Berufstätigkeit des Patienten (Sänger!) gefährdende Schädigungen mit sich. G. behandelt seit einigen Jahren die Pharyngitis hypertrophica mechanisch durch Kompressorien, die mit in gabelförmiger Führung laufenden Rädchen versehen, in verschiedener Grösse und Biegung eine individuell dosierte komprimierende Massage der verschiedensten Stellen der Pharynxschleimhaut ermöglichen. Dadurch sollen die entzündlichen Produkte in die Lymphspalten der Submukosa gepresst und von dort durch den (infolge der Manipulation) verstärkten Lymphstrom weggeschmemmt werden. G. selbst und verschiedene andere Nachprüfer haben mit dieser leicht auszuführenden und von den Patienten ohne Kokain gut vertragenen Behandlungsmethode sehr beachtenswerte Erfolge gesehen.

Brühl, Gardone-Rivera.

52. **Hahn, Turin, Nuovo metodo di cura della tonsillite lacunare acuta. (Neue Behandlungsmethode der akuten lakunären Angina.)** *Bulletino delle malattie dell'orechio etc., 1908, Nr. 11.*

Ausgehend von der bekannten Spiessschen Anschauung betreffs Bedeutung des Schmerzes für die Entwickelung der Entzündung instilliert H. in die zunächst mit einer Lösung von Hydrogenperoxydat in Borsäurelösung ca. 3 % ausgespritzten Lakunen eine warme Lösung von 2—3 %iger

Novokokainlösung in 1%iger Adrenalin und bestäubt dann die ganze Mandel und die Mandelnische mit Anästhesin. Die Mandel schwillt sofort beträchtlich ab, der Schmerz verschwindet fast völlig, so dass der Patient essen kann, es kehrt ev. in sehr verminderter Stärke wieder, um dann aber bald völlig zu schwinden. Die Temperatur fällt in 6—12 Stunden zur Norm ab. In besonders schweren Fällen ist das Verfahren 1—2mal zu wiederholen. In allen Fällen (23) war die ja oft so langwierige Rekonvaleszens überraschend abgekürzt. Brühl, Gardone-Riviera.

53. **Hopmann, Köln, Die Furcht vor Mandeloperationen.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, S. 1970, 1908.*

Verf. resumiert seine Ausführungen in folgenden Sätzen: „Gaumenmandeln und alle Wucherungen des lymphatischen Rachenringes überhaupt, welche Störungen verursachen, müssen gründlich beseitigt werden, wenn Dauerheilung erzielt werden soll.

Alle in Betracht kommenden Mandeln können gründlich in einer Operation entfernt werden, doch nur unter Anwendung einer allgemeinen Narkose.

Diese Operation, sorgsam ausgeführt, ist nicht angreifender und gefährlicher als eines der üblichen Verfahren zur Exstirpation der Mandeln, welches in der Regel nur teilweise Entfernung der Mandeln erreicht oder bezweckt.“ Katz, Kaiserslautern.

54. **S. Kirkpatrik, The Therapeutics of Pharyngeal Catarh.** *Te Charlotte Medical Journal, January 1909.*

In dieser lesenswerten Arbeit weist Verf. auf die Abhängigkeit des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege von Störungen des Stoffwechsels hin; er erörtert die Frage der Autointoxikation, betont die Wichtigkeit der Urinuntersuchung auf Hyper- oder Hypoazidität und Indican und gibt entsprechende therapeutische Winke. M. Heimann, New York.

55. **Jakob Malynicz, Über die Häufigkeit der postdiphtherischen Lähmungen vor und nach der Serumbehandlung. (Aus dem Kinderspital in Zürich.)** *Inaug.-Dissert. Zürich, 1908, 58 S.*

Im Züricher Kinderspital waren in den Jahren 1883—1904 1391 diphtheriekranke Kinder in Behandlung; bei 67 wurden Diphtherielähmungen konstatiert. Die Untersuchungen des Verfs. haben zu folgenden bemerkenswerten Resultaten geführt:

1. Diphtherische Lähmungen sind seit Einführung des Heilserums in die Behandlung der Diphtherie fast so häufig wie zuvor; Herzlähmungen haben sogar zugenommen, die übrigen Lähmungen vielleicht eher abgenommen.

2. Herzlähmungen kommen bei Serumbehandlung häufiger und meistens mit letalem Ausgang vor, woraus leider hervorzugehen scheint, dass das Heilserum besonders die Häufigkeit der Herzlähmungen bedenklich beeinflusst.

3. Es werden in der Vorserumperiode eher schwächere Kinder als in der Vorserumperiode von Lähmungen befallen.

4. Die Inkubationszeit der Lähmungen ist seit der Serumbehandlung kürzer.

5. Die Dauer der Lähmungen in der Serumzeit ist ebenfalls kürzer.

6. Die Lähmungen in der Serumzeit beginnen häufiger an den Extremitäten oder anderen Teilen des Körpers als am weichen Gaumen.

7. Die Lähmungen treten seit der Serumzeit häufiger im Zusammenhang mit starken Infektionen der Lungen und besonders der Nieren auf.

8. Die Lähmungen treten meist ohne irgendwelche Rücksicht auf die Höhe des Fiebers auf.

9. Die Mortalität ist seit der Serumbehandlung unter den Gelähmten bedeutend grösser als früher.

Fritz Loeb, München.

56. **Molinié, Marseille, Traitement de l'amygdalite aiguë. (Behandlung der akuten Tonsillitis.)** *Le Laryngoscope, Octob. 1908.*

Gegen den Schmerz: heisse Packung des Halses; Gurgelungen mit folgender Mischung:

Karbolsäure	1 g
Natrium boricum	4 g
Alcool. Menthae / Tinct. Gaïaci	ää 10 g
Laudanum	gutt. 4
Glyzerin	150 g

(Ein Teelöffel von dieser Mischung in einem Glas Eibischwurzelaufguss.)

Man kann auch die Tonsillen mit: Menthol und Orthoform ää 4 g; Olivenöl 30 g bepinseln.

Man soll auch darnach trachten, die Mandelentleerung zu bewerkstelligen; der Zeigefinger wird in den Mund eingeführt und presst den Eiter und die Konkremente (Drusen) aus den Tonsillen. Menier.

57. **Neil, New-Zealand, Einige Hinweise auf die Anatomie und chirurgische Behandlung der Tonsillen.** *Brit. med. Journ., 26. Sept. 1908.*

Der Verf. verwendet besondere Aufmerksamkeit auf die Plica triangularis (His), über die er eine grosse Anzahl von Beobachtungen angestellt hat bei Lebenden und an der Leiche. Er berichtet, dass die Plica oben als dünne Falte beginnt, befestigt an dem hinteren Gaumenbogen. Sie bildet nach unten und nach vorne einen Bogen über die obere Seite der Tonsille, und dem vorderen Gaumenbogen anhaftend, geht sie hinunter, die äussere untere Fläche der Tonsille berührend und verliert sich unten im hinteren Gaumenbogen. Die Plica besteht im erwachsenen Alter fort, wenn die Tonsille normal ist und sie ist dann, als dicke Falte sichtbar, häufig dicker, als der hintere Gaumenbogen. Die Trennung der Plica von der Capsula ist notwendig für die Ausschälung der Tonsille.

Alle vom Verf. vorgenommenen Sektionen zeigten, dass die Plica mit dem Rande der Kapsel verbunden ist und genügend fest, um die Fossa supratonsillaris vollständig abzuschliessen, welche der Verf. in der Tat nie bei der gewöhnlichen chronischen Form der tonsillaren Sepsis erkrankt gefunden hat. Die in der Nähe befindliche Höhle, in welcher sich Mikroorganismen und zersetzende käsige Massen anhäufen, ist tatsächlich eine grosse Krypta der Tonsille, welche er „Sinus tonsillaris" nennt. Beim sogenannten peritonsillären Abszess zeigen die peritonsillären Gewebe in der Tat Zeichen von Cellulitis, jedoch befindet sich der Ab-

szess in der Tonsille selbst. Er entsteht im Sinus tonsillaris oder in einem der angrenzenden Gewebe.

Der Verf. berichtet über diese Methode der Ausschälung der Tonsille, mit deren Hilfe alle tonsillaren Gewebe entfernt werden, ausgenommen diejenigen, welche zwischen dem Sinus und dem oberen Pole liegen.

Er ist für Entfernung mittelst der Guillotine bei Tonsillen, welche infolge von Anschwellung weit vorstehen und eine Art Stiel zu haben scheinen. Bei allen anderen Fällen ist nur Ausschälung von Erfolg.

Guthrie, Liverpool.

58. **Rolleston, J. D., Zervikale und submaxillare Adenitis in der Rekonvaleszenz nach Diphtherie.** *Brit. Journ. for study of childrens diseases, Oct. 1908.*

Der Verf. hat 1530 Fälle von Diphtherie, welche während der letzten sechs Jahre unter seine Beobachtung kamen, untersucht. Von diesen wurden 1472 mit Antitoxin behandelt. Seine Schlussfolgerungen sind folgende:

1. Adenitis der submaxillaren und zervikalen Drüsen in der Rekonvaleszenz nach Diphtherie kann entweder als eine Serumerscheinung auftreten oder viel seltener ganz unabhängig davon zu einer späteren Zeit. 2. Serum-Adenitis ist viel häufiger nach schwerer als nach leichter Angina. Spätere Adenitis hat keine Beziehung zu dem ursprünglichen Anfall. 3. Die spätere Adenitis nach Diphtherie ist, ungleich derjenigen nach Scharlach, nicht mit Nephritis, noch sonst bedeutenderen Störungen des Allgemeinbefindens verbunden. 4. Serum-Adenitis kann in jedem Alter vorkommen. Späte Adenitis kommt nur bei kleinen Kindern vor. 5. Vollständige Resorption ist die Regel, Suppuration eine Ausnahme; noch seltener ist chronische Hyperplasie bei jeder Form von sekundärer Adenitis. 6. Serum-Adenitis erkennt man am Auftreten von anderen Serumerscheinungen. Bei der Diagnose der späten Adenitis muss Tonsillitis, ein Rückfall von Diphtherie oder akuter Anfall von Exanthem ausgeschlossen werden. 7. Adenitis in der Rekonvaleszenz nach Diphtherie hat — ungleich derjenigen, die den ursprünglichen Anfall begleitet — keine prognostische Bedeutung.

Guthrie, Liverpool.

59. **Rudloff, P., Über einen Fall von Angina ulcero-membranosa. (Angina necrotica, Plaut-Vincentsche Angina.)** *Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 50.*

Der vom Verf. beobachtete Fall zeichnete sich durch das für die Krankheit ungewöhnliche hohe Alter des Patienten (81 Jahre) aus. Ausgang in Heilung.

Hirsch, Magdeburg.

60. **Ruprecht, Bremen, Zur Pneumokokkeninvasion des Halses.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1908, 10. Heft.*

In Ergänzung seiner Auffassung über die von Semon mitgeteilten Fälle bemerkt Verf.: Weil der Diplococcus (Fränkel) der regelmässigste Rachenbewohner ist und seine avirulente Varietät mit grösserer Wachtumsenergie begabt ist als die anderen Rachenpilze, wird er in Rachenabwischkulturen leicht dominieren und eine irreführende Rolle spielen. Daher sind Befunde dieser Diplokokken beim Kulturverfahren mit besonderer Vorsicht aufzunehmen.

Sommer, Würzburg.

61. **Sack, Maukos, Einige Bemerkungen zum Aufsatz des Herrn F. Semon: „Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses“.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1908, 10. Heft.*

Hinweisend auf einen früher von ihm beschriebenen Fall von Angina Vincenti bei gleichzeitig bestehender erworbener Lues ist Verf. der Ansicht, dass es sich möglicherweise auch in den Semonschen Fällen um eine Mischinfektion handele, indem der eine Prozess durch das Bestehen des anderen in seiner Eigentümlichkeit verwischt wird.

Sommer, Würzburg.

62. **Umbert, Acerca la medicación local de las manifestaciones sifiliticas naso-faringeas. (Über die örtliche Behandlung der syphilitischen naso-pharyngealen Manifestationen.)** *Revisto barcelonesa de enfermedates de vido, garganta usw. Oktober-November-Dezember 1908.*

Mit lokalen Bädern kann man eine ziemlich schnelle Heilung der syphilitischen Ulzera und jauchenden Flächen erlangen. In zwei solchen Fällen, wo die ätzenden Mittel versagt hatten, hatte Verf. einen glänzenden Erfolg, den er der stimulierenden Wirkung der warmen Bäder auf die Blutkapillargefässe und ihrem entgiftendem Einflusse zuschreibt. Menier.

63. **L. Vacher, Ein neues Instrument zur Abtragung der Rachenmandel (Ablation des végétations adenoides. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc., Nr. 1, tome XXXV.*

Bald wird jeder Spezialist sein eigenes Adenotom haben. Vacher ist sogar in der glücklichen Lage, jetzt schon das zweite Modell zur sicheren und bequemeren Abtragung der adenoiden Wucherungen angeben zu können. Sein erstes Modell, schon vor 15 Jahren angegeben, scheint sich unter den Spezialisten wenig Gunst erobert zu haben. Das neue Modell hat mit dem Feinschen Adenotom einige Ähnlichkeit, unterscheidet sich jedoch von demselben insofern, als der Griff des Vacherschen Adenotoms fast rechtwinklich zum Messer abgebogen ist und die Bewegungen, die mit dem Adenotom zu machen sind, analog denen einer Schraube sind.

Gleichzeitig beschreibt Vacher einen selbsthaltenden Mundöffner und einen neuen Zangenspatel. Der neue Zangenspatel gestattet: 1. alle Verrichtungen der gewöhnlichen Zungenspatel; 2. gestattet er die abgegetragenen Adenoiden im Fallen aufzusammeln; 3. dient er als Epiglottisheber bei der direkten Laryngoskopie; 4. dient er als Gaumenhaken, um die Inspektion des Cavum zu gestatten; 5. und 6. kann er den Simschen Haken eventuell einen Wundhaken ersetzen. (Sämtliche In-Instrumente bei Collin erhältlich.) Lautmann, Paris.

4. Kehlkopf.

64. **J. v. Bókay, Budapest, Beiträge zur Klärung des Wesens des Stridor inspiratorius congenitus.** *Orvosi Hetilap, Nr. 52, 1908.*

Verf. hat drei Fälle beobachtet und erklärt das Wesen der Krankheit im Einvernehmen mit Thomson dadurch, dass infolge der Atmungs-

Inkoordination der infantile Typus des Kehlkopfeinganges der Säuglinge gesteigert wird. Die in solchen Fällen beschriebene rinnenförmige Einbiegung des Kehldeckels ist auch nach Verf. eine sekundäre Erscheinung. v. Bókay will auf seine Erfahrungen und auf die in der Literatur mitgeteilten Fälle gestützt, im Gegensatze zu Hochsinger, bei dem Entstehen des fraglichen Krankheitsbildes der Thymus keine Rolle zuschreiben.

Polyák.

65. **J. Portela, Cádiz, Eine kleine Modifikation der Technik der Thyrotomie (Una pequeña modificación en la técnica en la tirotomia.)** *Boletin de laringologia September-Oktober 1908.*

Die Modifikation besteht darin, dass, nachdem der Kehlkopf blossgelegt ist und bevor man den Schildknorpelwinkel anschneidet, eine Einspritzung in der Larynxhöhle durch die Membrana thyro-hyoidea macht. Die Nadelspitze muss sich in der Höhle frei bewegen und die Flüssigkeit muss tropfenweise und sehr langsam eingespritzt werden. Der Hals des Patienten muss dabei horizontal oder besser ein wenig erhoben sein. Nach fünf Minuten wird der Patient eine liegende Haltung annehmen mit etwas herabhängendem Kopfe. Mit dieser Modifikation ist die Anästhesie sowie die Ischämie (Blutleere) vollkommen.

Es werden 10 Tropfen folgender Lösung: Aqua dest. 6 g; Cocainum hydrochl. 0,50 cg; Adrenalin hydrochl. (1/1000) 4 g; Adcid. carbol. I Gutta. Es ist auch nützlich etwas Calciumchlorid während der 24 Stunden, die der Operation vorhergehen, einnehmen zu lassen.

Menier.

66. **D. Bryson-Delavan, Die peripheren Ursachen der Rekurrensparalyse.** *Annales des maladies de l'oreille, tome XXXIV, Nr. 11.*

Es ist begreiflich, dass ein Autor in erster Linie die heimische Literatur berücksichtigen wird. Wenn man aber über ein Thema schreibt, das, so wie die Rekurrensparalyse, einige fundamentale Arbeiten im Auslande hervorgerufen hat, so ist man einigermassen verpflichtet, etwas ausgiebiger als es Br.-D. tut, Nachforschungen zu halten, wie es bei den Nachbarn aussieht. Im Laufe seiner Auseinandersetzung kommt der Autor auch zu folgender Fragestellung: 1. Gibt es eine Wahlverwandtschaft zwischen einigen Giften und bestimmten Nerven? 2. Verursachen diese Gifte Läsionen in den Nerven? 3. Ist diese Nervenläsion bedingt durch Kongestion der Nachbarorgane des Nerven? 4. Ist die Läsion des Nerven bedingt durch zentrale Störungen? Merkwürdig ist, dass der Autor diese vier, keineswegs revolutionierenden Fragen einige Absätze später in derselben Reihenfolge wieder stellt. Was die Fragen über die histologische Beschaffenheit der geschädigten Rekurrensfasern anlangt, konnten die wiederholten Publikationen Grabowers, die nicht erwähnt sind, Antwort geben.

Lautmann, Paris.

67. **Clerc, Mailand, Angiofibroma della corda vocale con zona centrale di natura tubercolare (Angiofibrom des Stimmbandes mit zentraler Einlagerung eines tuberkulösen Herdes.** *La Pratica oto-rinolaryngoiatrica 1909, Nr. 21.*

Bei einem jungen Mann, der zwar erblich belastet, aber klinisch völlig tuberkulosefrei war, wurde ein Tumor des Stimmbandes entfernt

der makroskopisch das Bild eines gutartigen Polypen bot. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber das überraschende Resultat, dass sich inmitten des angiofibromatösen Gewebes ein Kern von tuberkulösem Gewebe mit Riesenzellen und — freilich erst nach langem Suchen nachweisbaren — Tuberkelbazillen eingebettet fand. Cl. neigt zu der Ansicht, dass der tuberkulöse Prozess als die primäre Affektion aufzufassen ist, von der aus dann durch entzündliche Gewebsirritation die polypöse Umwucherung erfolgte. · Brühl, Gardone-Riviera.

68. **Durand und J. Garel, Die Chondrome des Ringknorpels.** *Annales des maladies de l'oreille tome XXXIV, Nr. 12.*

Nach einer detaillierten Wiedergabe der in der Literatur aufgefundenen (15) Fälle, fügen unsere Autoren zwei neue Fälle hinzu. Im Anschluss an diese Krankengeschichten wird ganz kurz die pathologische Anatomie, die Diagnose und die Behandlung dieser Neubildung besprochen. Berücksichtigt wurde nur das benigne Ekchondrom. Die Autoren haben es unterlassen, die Prognose dieser Tumoren zu besprechen. Wir finden, dass unter den mitgeteilten Fällen in 10 Fällen der Tumor direkt den Tod verursacht hat. Unter diesen 10 Todesfällen sind 7 Fälle operiert worden. Einmal ist der Ausgang nicht angegeben. In 2 Fällen ist die Asphyxie trotz der offenbar jahrelang bestehenden Krankheit so plötzlich aufgetreten, dass schleunigste Tracheotomie nötig wurde. Das Ekchondrom indiziert infolgedessen die Exstirpation trotz der benignen Natur.

Lautmann, Paris.

69. **Ch. Ferreri, Über die Technik der Laryngostomie.** *Archives internat. de laryngologie, November-Dezember 1908.*

Verf. verwirft die Kiliansche Methode der Naht des Kehlkopfes mit der Haut, sowie den Gebrauch von Gummiröhren. Er reseziert das vordere Drittel des Ringknorpels und dilatiert den Kehlkopf mit Hilfe der Wattetamponade. Er berichtet über zwei Fälle, die auf solche Weise mit befriedigendem Erfolge behandelt wurden. Menier.

70. **Furet, Paris, Fremdkörper im Larynx.** *Annales des maladies de l'oreille etc. tome XXXIV, Nr. 12, auch in Journal de médicine de Paris, 25. Januar 1908.*

Der Fall wird wegen der Nebenumstände mitgeteilt. Der Autor schlenderte während der Ferien in einem kleinen Orte, da bemerkt er in einer Gruppe verzweifelter Frauen einen Jungen, der mit Erstickung kämpft. Rasch entschlossen läuft Furet mit dem Jungen auf dem Arm zu einem Kollegen, der keine Instrumente besitzt, von diesem zu einem zweiten, der in der Nähe des Hospitals wohnt und mit Furet sofort in dasselbe eilt, wo er die Tracheotomie an dem vollständig asphyktischen Jungen macht. Dauer der ganzen geschilderten Peripetien, Operation inbegriffen: 10 Minuten. Am nächsten Tage wurde durch die vergrösserte Tracheotomiewunde eine Federbüchse aus dem Larynx geholt.

Lautmann, Paris.

71. **D. Eduardo G. Gereda, Ein neues Messer für Kehlkopfoperationen (Un nuevo bisturí laríngeo.** *Revista iberoamericana de Ciencias médicas Dezember 1908.*

Gereda hat ein Messer konstruieren lassen, das er bei den narbigen

Stenosen des Kehlkopfs anwendet. Das Messer hat die Form einer Polypenzange (daher der Name: Pinza-Bisturi); der eine Arm trägt ein Messerchen, das in einer Rinne des anderen Armes versteckt ist, so dass das Messer geschlossen eingeführt werden kann. Es gibt zwei Modelle: eines, dessen Klinge vorne scharf ist, ein zweites, dessen Klinge nur rückwärts schneiden kann und am hinteren Arm der Zange befestigt ist (das erste Modell ist für die vorderen Synechien bestimmt; das zweite für die hinteren.) Menier.

72. **Hahn, Turin, Contributo alla casuistica clinica della stridore laringio congenito. (Beitrag zur klinischen Kasuistik des angeborenen laryngealen Stridors.** *Bolletino della malatt. de l'orecchi etc., 1908, Nr. 5.*

Von den verschiedenen Theorien, die zur Erklärung des angeborenen laryngealen Stridors aufgestellt worden sind, hat sich die besonders von Massei versuchte mechanische Theorie (Entstehung durch Difformität des Larynxeingangs) die meisten Anhänger erworben. H. berichtet über 3 Fälle eigener Beobachtung, die durch Verlauf und Befund geeignet sind, als weitere Stütze dieser Anschauung zu dienen. Zwei der Fälle waren kompliziert durch adenoide Wucherungen und davon abhängige Anfälle von Laryngospasmus. Die Adenotomie brachte den Laryngospasmus endgültig zum Verschwinden, ohne den seit der Geburt beobachteten Stridor irgendwie zu beeinflussen. In allen drei Fällen liess sich laryngoskopisch eine Difformität des Kehldeckels feststellen, der, stärker fixiert mit nach der laryngealen Fläche umgekrempelten Rändern bei der Inspiration angesaugt zu werden schien. In einem der Fälle war diese Kehldeckeldifformität in ihrem raumbeengenden Effekt noch kompliziert durch Difformität resp. Verdickung der aryepiglottischen Falten und mangelhafte Beweglichkeit der Aryknorpel. In keinem der Fälle lagen Symptome einer Trachealstenose vor, insbesondere keine Dyspnöe. Die Prognose derartiger Fälle ist infolge der grösseren Anfälligkeit für Bronchial- und Pulmonalaffektionen, die dabei dann auch noch einen schweren Verlauf zeigen, eine wenig gute. Von den 3 Fällen H.s sind zwei auf diese Weise zugrunde gegangen.

Vorschlägen, durch Spaltung der aryepiglottischen Falten oder eventuell Entfernung der difformierten Teile der Epiglottis mittels Doppelcurette den Stridor und damit die dadurch gegebenen Gefahren zu beseitigen, steht H. sympathisch gegenüber, scheint aber selbst bisher dieselben nicht in die Tat umgesetzt zu haben. Brühl, Gardone-Riviera.

73. **Harbuz, Flegmanuel tiro-hioidian. Thyro-hyoide Phlegmone.** *Spitalul Bucharest 15. November 1908.*

Solche Phlegmonen (Phleg. des thyreo-epiglottischen recessus-Duplay; thyreo-hyoide Phlegmone Fr. Gross) sind sehr selten und haben immer eine schwere Prognose, wenn man nicht zur rechten Zeit eingreift; wenn der angesammelte Eiter den Kehlkopf und den Ösophagus der Wirbelsäule andrückt, da die Membrana thyreo-hyoidea nicht nachgeben kann. Daraus entsteht Erstickungsgefahr und schneller Verfall der Kräfte (durch mangelhafte Ernährung). Die Lokalisation gibt uns die Symptome. Verf. berichtet über einen solchen Fall bei einem 58jährigen Patienten. Dank einem 4 cm tiefen Einschnitt zwischen Zungenbein und Schildknorpel

(rechterseits) konnte der Eiter einen Abfluss finden und der Patient war rasch geheilt. Menier.

74. **Laurens, Beblitzung und Laryngotomie bei Kehlkopfkrebs.** *Archives internat. de laryngologie Januar-Februar 1909.*

In zwei Fällen nach Thyrotomie wurde das Larynxinnere der Beblitzung unterworfen. Die Resultate sind befriedigend, obgleich der Zeitraum zu kurz ist, um ein definitives rezidivloses Resultat zu haben. Verf. gibt die Technik der „Thyro-Fuiguration" (Thyrotomie mit nachfolgender Beblitzung) an. Menier.

75. **Lénárt Budapest, Mit Laryngofisssession operierter und geheilter Kehlkopfkrebs.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 5.*

Nach Entfernung des karzinomatös infiltrierten rechten Stimmbandes eines 72 jährigen Patienten bis weit ins Gesunde durch Laryngofissua ist seit 3 Jahren kein Rezidiv aufgetreten. Die Stelle des entfernten Stimmbandes nimmt ein unbeweglicher Strang ein. Sommer, Würzburg.

76. **Mancioli, In due sintomi di lesione del ricorrente (Bradicardia e anestesia del vestibolo). Über zwei Symptome bei Rekurrensschädigung — Bradykardie und Vestibularanästhesie.** *Archivia ital. di Laringolog. 1909, Nr. 1.*

M. hat in interessanten Tierversuchen feststellen können, dass Zerrungen des durch Operation freigelegten Rekurrens (durch Gewichte) sowohl bei langsamer als bei brüsker Steigerung des Gewichtszuges bis zur Zerreissung neben den Lähmungserscheinungen am Kehlkopf wohlcharakterisierte Alterationen der Blutzirkulation veranlassen und zwar derart, dass der Puls sich immer mehr verlangsamt; bei der Zerreissung wird er sehr langsam und zum Pulsus bigeminus, zeigt aber sehr bald wieder normales Verhalten. Durchschneidung oder Kompression liess die Herztätigkeit absolut unbeeinflusst. Die Pulsverlangsamung trat schon bei einem Gewichtszug unter 10 g ein, der die Motilität des Larynx nicht sichtbar beeinträchtigte. Es kann demnach eine genaue fortlaufende Kontrolle des Pulses bei den — freilich seltenen — Fällen von reiner Zerrung des Rekurrens frühdiagnostisch wichtig werden.

Durch eine weitere Reihe von Tierexperimenten konnte M. auch die frühdiagnostische Bedeutung der vor allen von Massei betonten reflektorischen Anästhesie resp. Hypästhesie des Aditus laryngis aufs neue erweisen. Klinische resp. poliklinische Beobachtung ergab M. das Massei-Symptom in 22 Fällen von laryngealen Motilitätsstörungen infolge von Rekurrensläsionen (Aneurysmen, Drüsenanschwellungen, Strumen, Spitzeninfiltrationen, Bulbärprozessen etc.). Brühl, Gardone-Riviera.

77. **U. Melzi und A. Cagnola, Über vier durch Laryngotracheostomie geheilte Fälle von chronischer Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Annales des maladies de l'oreille tome XXXIV, Nr. 11.*

Die durch Killian eingeführte Laryngostomie steht im Vordergrunde der Mittel, die gegen die chronische Stenose der oberen Luftwege angewendet werden. Melzi und Cagnola, die in gewissem Sinne Killians Vorläufer waren, beschreiben in diesem sehr lesenswerten Artikel ihre

Technik, die von der Killianschen abweicht. Der Aufsatz ist als solcher in den Verhandlungen des I. internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresses, pag. 499, abgedruckt, da er in Wien verlesen worden ist.

Lautmann, Paris.

78. **Molinié, Marseille, Über den Wert des chirurgischen Eingriffs bei der Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Le Laryngoscope*[1]*, Oktober 1908.*

Der therapeutische Wert des chirurgischen Eingriffs steht in enger Beziehung zum Sitze und zum Entwicklungsgrade des Tumors.

Dieser Wert ist sehr gross für den Krebs des Stimmbandes; bei weitem geringer wird er für die Krebse, die, obgleich zirkumskript, ausser dem Bereiche der Stimmbänder sitzen; dieser Wert ist endlich minimal für diffuse endo- oder exo-laryngeale Tumoren. Menier.

79. **Montefusco, La pielocarpina nella cusa delle laringostenosi morbillose. Das Pilokarpin in der Behandlung der Larynxstenosen nach den Masern.** *Il Morgagni 14. November 1908.*

Die Larynxstenosen nach den Masern sind sehr selten durch den Bazillus von Krebs-Löffler verursacht; das erklärt die Misserfolge der Antitoxinbehandlung. Der Verf. hat das Pilokarpin zur Anwendung gezogen; die Mortalitätsziffer fiel mit diesem Mittel von 25,9 % auf 4,4 % herab. Die Intubation wurde seltener notwendig und somit fielen die von ihr verursachten Komplikationen weg.

Die subkutanen Einspritzungen von Pilokarpin ($^1/_2$ bis zu einem Milligramm) für jede Einspritzung werden ein- bis dreimal pro Tag gemacht und, wenn nötig, während einiger Tage fortgesetzt. Menier.

80. **Otterbach, Köln, Ein Fall von Diaphragma laryngis.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, LXX, 11., 1908.*

Typischer Fall, dessen Entstehung der Verf. auf eine überstandene schwere Scharlachdiphtherie zurückführt. Wolf, Würzburg.

81. **Rahner, Gaggenau, Ein Beitrag zur Laryngitis stridula.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1908, S. 2139.*

Bei drei Fällen, die sich gut laryngoskopieren liessen, fand sich während des Anfalles eine beträchtliche Schwellung des subglottischen Gewebes, die in allen drei Fällen am nächsten Morgen geschwunden war. Verf. schliesst daraus, dass die abendliche stärkere Schwellung des subglottischen Gewebes die Ursache der nächtlichen Kruppanfälle ist.

Katz, Kaiserslautern.

82. **Sieur, Behandlung der Larynxstenosen durch die Laryngostomie und die Erweiterung mit Gummiröhren.** *Le Bulletin Médical, 10. Februar 1909, S. 180.*

Verf. setzt die schon bekannte Methode auseinander. Er betrachtet sie als den wirksamsten Prozess zur Erlangung einer definitiven Heilung. Bei den Erwachsenen hat der Kehlkopf seinen normalen Durchmesser er-

[1]) Vom 1. Januar an wird die französische Zeitschrift den Namen „le Larynx" führen, um jede Verwechselung mit der amerikanischen Zeitschrift „The Laryngoscope" zu vermeiden.

reicht, wenn man die Röhre Nr. 45 einführen kann. Die Gefahren der Laryngostomie und der konsekutiven Behandlung sind gleich Null, wenn man nur dann operiert, wenn die entzündlichen Erscheinungen verschwunden sind. Menier.

4a. Sprache und Stimme.

83. **Johann Fein, Über Vorurteile und Irrtümer der Gesanglehrer und Sänger in bezug auf Hals- und Nasenkrankheiten.** *Sonderabdruck aus Die Stimme, Zentralbl. f. Stimm- und Tonbildung, Gesangunterricht u. Stimmhygiene. 16 Seiten. Verlag von Trowitzsch u. Sohn in Berlin.*

Verf. polemisiert gegen die Vorurteile und falschen Auffassungen vieler Gesanglehrer und Gesangschüler. Diese Vorurteile basieren auf der laienhaften, mangelhaften Kenntnis dieser Kreise. Weil ein oder das andere Mittel in dem anderen Falle versagt oder geschadet hat, wird dieses Mittel kurzer Hand überhaupt verworfen. Es wird an der Hand einiger schlagender Beispiele das Fehlerhafte dieser Vorurteile gekennzeichnet.

Bei manchen Gesanglehrern wird das „Brennen“ als etwas Gefährliches ganz und gar verworfen. Gewiss kann das Brennen übertrieben werden, doch bleiben genug Fälle über, in denen es nicht nur nicht schadet, sondern sehr viel nützt. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem „Pinseln“. Auch hierbei hängt es nur von dem Fall ab, ob diese Behandlungsart am Platze ist oder nicht. Oft wird mit dem Pinseln gutes geleistet. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim „Inhalieren“ und Einatmungen von kühlen Zerstäubungen. Oft wird der Abtragung der Gaumenmandeln oder der Rachenmandeln ein ähnliches Vorurteil entgegengebracht. Es wird behauptet, dass die Gaumenmandeln Schutzorgane gegen Erkältungen und Infektionen seien, während in der Tat oft von diesen Organen Erkrankungen, besonders des Respirationstraktus, ausgehen. Selbstredend sollen diese Organe nur dann entfernt werden, wenn eine Veranlassung dazu vorliegt. Durch die Entfernung der Rachenmandel soll die Resonanz leiden. Das widerspricht allen physikalischen Vorstellungen. Ähnlich falschen Vorstellungen begegnet man oft über die Bedeutung der Beschaffenheit der Stimmlippen. Meist glauben die Laien, dass jede Stimmstörung in einer krankhaften Beschaffenheit dieser ihre Ursache habe. Das trifft aber nicht zu. Oft liegt der Grund der Stimmstörung in krankhaften Veränderungen des Ansatzrohres (Rachen, Nase, Mund) oder des Anblasrohres (Luftröhre, Bronchien, Lungen). Ferner gibt es viele Stimmstörungen aus „funktionaler Stimmschwäche“. Es genügt also nicht, die Stimmbänder allein zu untersuchen. Es gibt sogar Sänger mit der schönsten und reinsten Stimme, bei denen die Stimmbänder nicht tadellos weiss sind oder nicht gut schliessen. Es ist sicher falsch, anzunehmen, dass man aus den Stimmlippen die natürliche Stimmlage erkennen kann.

Oft liegt die Ursache der Stimmstörung an Erkrankungen der Nase, des Nasenrachenraums und der Bronchien, während die Laien diese Erkrankungen fast alle für einen Rachenkatarrh halten und oft für unheilbar angesehen werden. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem sog. Stockschnupfen. Er beruht meist auf Erkrankungen der Nasenschleimhaut.

Für Sänger ist aber eine freie Nasenatmung unbedingt erforderlich. Die Ursache des Atmungshindernisses ist eine sehr verschiedene. Bei den Laien wird alles mit dem Begriff „Polyp" bezeichnet.

Zum Schluss polemisiert Verf. noch gegen die Popularisierung der medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisse, da sie eine Schädigung der Kranken bedeute. Sänger und Gesanglehrer sollten medizinische Aufsätze, welche sich mit Krankheiten beschäftigen, überhaupt nicht lesen. Es sollte in Tagesblättern vermieden werden, Schilderungen von Krankheitserscheinungen zu geben, da dadurch viel Schaden angerichtet wird. (Ref. meint, dass das fromme Wünsche sind, welche wenig aussichtsvoll sind. Wird dagegen doch heute gerade tagtäglich gesündigt und oft von unseren allerersten Grössen.) E. Aron, Berlin.

84. **Fischer und Jörgen Möller, Beiträge zur Kenntnis des Mechanismus der Brust und Falsettstimme.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, 8., 1908.*

Die Verf. kommen auf grund eingehender Untersuchungen mittels Röntgenstrahlen zu der Annahme: Bei der Bruststimme treten sämtliche Kehlkopfmuskeln in Wirksamkeit, namentlich dürfte der Thyreo-arytaenoideus internus tätig sein, indem er die durch die Wirkung des Cricothyreoideus zwar gespannten, aber konkaven Stimmlippen gerade streckt. Bei der Falsettstimme dürfte die Wirkung des Thyreo-arytaenoideus ausbleiben, so dass der freie Rand der Stimmlippen konkav bleibt und das Zustandekommen der Randschwingungen in dieser Weise erleichtert wird.

F. M. Wolf, Würzburg.

85. **Imhofer, R., Über Phonasthenie bei Sängern.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 4.*

Der Autor fasst als Wesen der Erkrankung die Durchbrechung des Prinzipes des kleinsten Kraftausmasses bei der phonischen Leistung auf. Neben der typischen Phonasthenie, die sich über längere Zeiträume erstreckt, kennt Verf. eine noch nicht beschriebene akute Form, bei welcher der ganze Decursus bis zum Versagen der Stimme sich auf einige Tage zusammendrängt. F. M. Wolf, Würzburg.

5. Trachea, Bronchien, Ösophagus.

86. **Ach, Alwin, Fremdkörper des Ösophagus.** *Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 44, S. 2280.*

Unter diesem Titel veröffentlicht Ach die Erfahrungen, die die Münch. chirurgische Universitätsklinik mit der Ösophagoskopie gemacht hat. Dieselben beziehen sich auf 7 Fremdkörperextraktionen, von denen 2 durch Stenosen des Ösophagus (1 mal Verätzungsstenose und 1 mal Karzinom) kompliziert waren. Autor bespricht zunächst die Diagnose „Fremdkörper des Ösophagus" und hebt hier besonders die Bedeutung der Röntgendurchleuchtung und der Ösophagoskopie hervor. Allerdings kommt auch er zu dem gleichen Resultat wie Stark, dass ein negativer Röntgenbefund noch lange nicht für ein Nichtvorhandensein eines Fremdkörpers im Ösophagus spricht, ebenso wie ein positiver Befund unter allen Umständen noch lange nicht für das Vorhandensein eines Fremdkörpers im Ösophagus zu verwerten ist und erhärtet dies durch instruktive Untersuchungsbefunde. Ref. stimmt mit dem Autor überein, wenn er es be-

klagt, dass es schade sei, dass die Ösophagoskopie trotz ihrer enormen Vorteile und ihres langen Bestehens noch so relativ geringe Verbreitung gefunden hat. Im übrigen ist das in der letzten Zeit besser geworden; denn diese Untersuchungsmethode hat sich doch bei den Laryngologen in den letzten Jahren sehr eingebürgert, im Gegensatz zu der Ansicht des Autors, der meint, dass das Ösophagoskop in die Hand vor allem der an „rasches und zielbewusstes Handeln gewohnten Chirurgen gehört". Es ist überhaupt auffallend, dass der Autor die Arbeiten und vor allem das Instrumentarium von Brünings nicht erwähnt, letzteres, das doch einen Siegeszug durch die medizinische Welt diesseits und jenseits des Ozeans gemacht, überhaupt nicht kennt. Den wir wählen nicht mehr aus dem Instrumentarium den entsprechenden langen Tubus aus, sondern wir gebrauchen das Brüningsche Instrument und stellen es einfach auf die optimale Länge ein. Bemerkenswert ist ferner, dass Autor auf die Anästhesierung des Ösophagus gerne verzichtet mit Rücksicht auf die Parästhesien, die das Kokain erzeugt und nur bei ganz grossen Fremdkörpern Narkose anwendet. Hinsichtlich der lokalen Anästhesie dürften nicht alle Praktiker auf dem Standpunkt des Autors stehen. Dagegen ist dem Autor unbedingt beizupflichten, wenn er das Hinabstossen des Fremdkörpers absolut verwirft, ebenso wie die Anwendung des Münzen- und Grätenfängers. Zum Schlusse führt Autor mehrere interessante Krankengeschichten an, die die vorhergehenden Ausführungen in lehrreicher Weise illustrieren. Katz, Kaiserslautern.

87. **Becker, Dassel, Lysol als internes Mittel bei Ösophaguskarzinom.** *Der praktische Arzt 1909, Nr. 1.*

Bei inoperablem Ösophagus- oder Kardiakarzinom empfiehlt Verf. das Lysol nach folgendem Rezept:

Lysol 10,0,
Extr. condurang. fluid. 10,0,
Syr. cat. aurant 80,0.

MDS. 2—3stündlich nach Genuss einer Tasse Milch 1 Teelöffel voll langsam herunterschlucken. Sommer, Würzburg.

88. **Böhme, Wien.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 11.*

Demonstration eines Präparates einer Kommunikation des Ösophagus mit der Trachea. Dasselbe stammt von einem 4 Tage alten Kinde, welches öfters asphyktische Anfälle hatte und gallige Massen erbrach. Die Kommunikationsstelle befand sich oberhalb der Bifurration der Trachea. F. M. Wolf, Würzburg.

89. **Cauzard, Die Indikationen der unteren Tracheo-Bronchoskopie.** *Journal de Médecine de Paris 26. Dezember 1908.*

Bei dem Nachteil, die Tracheotomie als Vorbedingung zu haben, hat die untere Tracheobronchoskopie den Vorteil einer leichteren Einführung von kurzen und dickeren Röhren, und erlaubt uns, grössere Zangen und Haken einzuführen. In zwei Fällen konnte eine Bohne, die in den Bronchien eingekeilt war, nicht durch die obere Tracheoomie herausgenommen werden. In solchen Fällen (Kornsamen, Bohnen, die bald weich und teigig werden) muss man als ersten Eingriff und vor jeder anderen Behandlung die Tracheotomie und dann die untere Bronchoskopie ausführen. Menier.

90. **Danielsen, Wilhelm, Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.*

Empfehlung des Gräfeschen Münzenfängers für die Extraktion von Fremdkörpern der Speiseröhre. Der Gebrauch des Instrumentes stellt nach Verf. gegenüber der Ösophagoskopie die für den Arzt leichter ausführbare, für den Patienten weniger unangenehme und dabei im Erfolge aussichtsreiche und so gut wie gefahrlose Methode dar. Verf. schildert die anzuwendende Technik und berichtet über sieben erfolgreich behandelte Fälle. Hirsch, Magdeburg.

91. **A. v. Gyergyai, Kolozsvár, Ungarn, Die direkte Bronchoskopie und Ösophagoskopie mit besonderer Rücksicht auf in die Speiseröhre und obere Luftwege gelangte Fremdkörper.** *Orvovi Hetilap Nr. 49, 1908.*

Mitteilung von folgenden Fällen:

Entfernung eines dreimarkgrossen Geldstückes aus dem Eingange der Speiseröhre eines 7 Jahre alten Mädchens in der Chloroformnarkose.

Entfernung eines künstlichen Gebisses aus der Speiseröhre, 19 cm weit von der oberen Zahnreihe.

Entfernung eines Knochenstückes (Hammelrippe), welches 22 cm tief in der Speiseröhre eingekeilt lag.

Entfernung eines Geflügelwirbels aus dem Eingange der Speiseröhre.

In vier Fällen von Speiseröhrenstriktur nach Laugenvergiftung hat v. Gy. steckengebliebene Fleischstücke in der Tiefe von 20, 30 und 40 cm entfernt.

Fremdkörper in der Luftröhre kam nur einmal zur Beobachtung. Ein 6 Jahre altes Mädchen hat einen Kürbiskern aspiriert, nach 7 Tagen heftiger Husten und Zyanose, Einführung einer 5 mm breiten Röhre, durch welche der Kern gefasst und gleichzeitig mit der Röhre extrahiert wurde. Polyák.

92. **Hédon, Entfernung einer Trachealkanüle fünfzehn Jahre nach der Tracheotomie.** *Archives internationales de laryngologie. November-Dezember 1908.*

Die Patientin war durch Erstickungsanfälle gezwungen, die Kanüle 15 Jahre lang zu tragen; nach und nach hatte man Kanülen mit immer kleinerem Durchmesser eingeführt, sodass die letzte nur 5 mm hatte. Die Untersuchung zeigte, dass beim ersten Eingriff der Schnitt den Ringknorpel getroffen hatte und eine seitliche Richtung hatte; dazu war die gewählte Kanüle zu gross; die Folge war, dass die Tracheawundränder sich gegenseitig überdeckten; der rechte Wundrand sprang in die Trachea vor. Verf. führte die allmähliche Dilatation durch Intubation (mit Schrötterschen Röhren) und konnte endlich die Trachealwunde schliessen. Ein Erstickungsanfall, der einige Tage nach der letzten Operation erschien, wurde durch Senfpflaster auf dem Halse und Bromkali behandelt. Seit anderthalb Jahren atmet die Patientin ohne Beschwerden; die Stimme bleibt ein wenig verschleiert. Menier.

93. **Lateiner, Wien, Ein Fall von angeborenér Osophagusatresie mit Trachealkommunikation.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 2.*

Verfn. liefert durch die Publikation des Falles einen interessanten Beitrag zur Kasuistik der Ösophagusmissbildungen. Es handelte sich um eine Frühgeburt im 7. Monat, bei welcher der obere Teil des Ösophagus blind endigte, während der untere mit der Trachea kommunizierte. Die Obduktion ergab des weiteren versprengte Pankreastumoren im Magen.

Sommer, Würzburg..

94. **Nager, Zürich, Über primäre Geschwülste der Trachea.** *Med. Klinik 1909, Nr. 1.*

An der Hand der von Ed. Krieg angestellten Sammelforschung, welche 201 Beobachtungen umfasst, gibt Verf. einen Überblick über die Häufigkeit der einzelnen Geschwulstarten und deren Symptomatologie und Prognose.

Sommer, Würzburg.

95. **E. W. Sikemeier, Ein Fall von einem Fremdkörper in den Luftwegen. Een geval van vreemd lichnam in de luchtwegen.** *Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde, 1909, Eerste Helft, Nr. 9.*

Nach einer kurzen Beschreibung der ganzen Umwälzung, welche durch die direkte Tracheo-Bronchoskopie geschaffen ist in der Diagnostik und Therapie der Fremdkörper der Luftwege und nach einer Erwähnung der chirurgischen Eingriffe, welche von Bardenheuer, Richard u. A. gemacht sind, um Corpora aliena aus den Luftwegen zu entfernen, gibt Sikemeier die Krankengeschichte eines Falles von einer Eichel, welche in die Luftwege aspiriert wurde. Am 16. Oktober wurde Sikemeier zu einem Patienten, einem Jungen von 8 Jahren, gerufen, der eine Eichel aspiriert hatte. Patient zeigte keine Symptome, ebensowenig wie am nächsten Tage. Von einem Laryngologen wurde untersucht, der mit dem Kehlkopfspiegel nichts entdecken konnte. 18. Oktober sah Sikemeier einen Anfall von Dyspnöe, worauf Patient in ein Krankenhaus aufgenommen wurde.

Überall auf beiden Brusthälften war vesikuläres Atmen mit einigen groben Ronchi zu hören. 19. Oktober war Patient ruhig, allein in horizontaler Lage wurde er dyspnoisch.

Die Temperatur war 38,2. Am dritten Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus war das Atemgeräusch in der ganzen rechten Lunge aufgehoben. Der Laryngologe wurde jetzt gebeten, mit dem Bronchoskope zu untersuchen und eventuell das Corpus alienum zu entfernen. 21. Oktober wurde versucht, die Bronchoscopia superior zu machen. Bei der Auskultation, welche vorherging, wurde rechts Atelektase der Lunge, links Volumen Pulmonum acutum gefunden.

Pharynx und Larynx werden mit 10%iger Kokainlösung gepinselt, aber bei dem Versuch, Bronchoskopie zu machen, wird Patient sehr ängstlich und wehrt sich heftig. Der Mund muss, während Patient von verschiedenen Leuten gehalten wird, mit der Mundklemme geöffnet werden, aber noch bevor die Bronchoskopie den Larynxeingang erreicht hat, wurde Patient komatös und bricht zusammen. Die Glieder sind schlaff, Corneal-

reflex verschwunden, die Pupille eng, die Atmung ist tief und ohne Stridor; Patient macht den Eindruck, sterbend zu sein. Ohne Desinfektion wird Tracheotomie gemacht. Einige Augenblicke später wird auskultiert und jetzt ist rechts vesikuläres Atmen zu hören. Das Corpus alienum hat eine andere Stellung eingenommen.

Das Allgemeinbefinden des Kranken wird aber nicht besser, und der Patient stirbt.

Post mortem wird die Bronchoskopia inferior gemacht und die Röhre allein in die Trachea und in den rechten Bronchus geführt, aber der Fremdkörper wird nicht gefunden.

Bei der Sektion werden beide Lungen mit der Trachea aus der Leiche entfernt. Die rechte Lunge war stärker ausgedehnt wie die links. Als die Trachea und Bronchi aufgeschnitten werden, fliegt plötzlich eine kleine schwarzverfärbte Eichel hervor, aber keiner der Umstehenden konnte sagen, aus welchem Teil der Lunge der Gegenstand gekommen war. Am wahrscheinlichsten ist es, dass die Eichel aus einem der Bronchi der linken Lunge stammte.

Sikemeier hält 3 Todesursachen für möglich: 1. Reflexwirkung von dem Mund und dem Pharynx aus, 2. akute Kokainvergiftung und 3. Thrombose und Embolie von für das Leben wichtigen Gefässen.

Nach Erwähnung einiger Fälle von Tod durch Reflexwirkung und durch Kokainvergiftung gibt Sikemeier als seine Meinung, dass hier die letztgenannte als Todesursache zu betrachten ist, dass bei Kindern die Bonchoskopie in Narkose gemacht werden soll und dass, wenn man keiner grosse Erfahrung hat, bei Kindern die Tracheo-Bronchoscopia inferior der superior vorzuziehen ist. Kan, Leiden.

96. **Tapia, Über die Tracheo-Bronchoskopie und die Fremdkörper der oberen Luftwege. La tráqueo-bronquioscopia y los cuerpos extranos del árbol aèreo.** *Revista ibero-americana de Acucias medicas November 1908.*

Die untere Bronchoskopie (traumatodiale Bronchoskopie, wie sie Tapia nennt, von τϱαυμα und ὁδος) ist in folgenden Fällen in folgenden Fällen indiziert: 1. In Fällen, wo unüberwindliche Schwierigkeiten die obere (stomatodiale) Bronchoskopie unmöglich machen (Ankylose des Unterkiefers, Steifheit der Wirbelsäule usw.). 2. Bei Kindern unter 4 Jahren, wenn ein erster Versuch die Unmöglichkeit der Anwendung der natürlichen Wege bewies. 3. Wenn die Fremdkörper einen grossen Umfang besitzen oder mit Ecken oder Vorsprüngen versehen sind, die den Kehlkopf verletzen könnten, oder wenn sie schon längere Zeit in den Bronchien verblieben sind und Lungenkomplikationen verursacht haben, welche der Dyspnöe wegen ein rasches Operieren erfordern. 4. Wenn der Fremdkörper tief in dem linken Bronchus oder in seinen Verzweigungen sitzt (der linke Bronchus, da er von der Trachea herausgeht, bildet einen Winkel, der schärfer ausgeprägt ist als der rechtsseitige). 5. Wenn der Operateur nicht genügende Übung besitzt. Die traumatodiale Bronchoskopie ist viel leichter; die Beleuchtung fällt besser aus und da man kürzere Röhren anwendet, ist die Handhabung der Instrumente mit keiner allzugrossen Schwierigkeit verbunden. Menier.

6. Mundhöhle.

97. **Boss, Strassburg, Über die Mundpflege bei Quecksilberkuren mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste.** *Med. Klinik 1909, Nr. 10.*

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Stomatitis und überhaupt zur Pflege der Mundhöhle ein neues, unter dem Namen Givasanzahnpasta im Handel erscheinendes Mittel, welchem das als Grundlage dienende Hexamethylentetramin eine stark desinfizierende und desodorierende Kraft verleiht, im übrigen absolut reizlos ist und einen angenehmen Geschmack besitzt. Sommer, Würzburg.

98. **Bube, Bonn, Lingua villosa nigra.** *Ärztl. Vierteljahrs-Rundschau 1909, Nr. 1.*

Verf. führt zur Richtigstellung der Unrichtigkeiten einzelner Notizen in Laienzeitungen aus, dass das Wasserstoffsuperoxyd mit dem Zustandekommen der Lingua villosa nigra in keinem Zusammenhang stehe.

Sommer, Würzburg.

99. **Cardi, Beitrag zur Auskultation des Mundes (systolisches Mundrasseln) contributo alla ascoltazione della bocca (rantolo sistolico orale).** *Il Morgagni 19. Januar 1909.*

Verf. berichtet über das bis jetzt unbeschriebene Phänomen des systolischen Mundrasselns, das er bei einem Phthisiker beobachtet hat. Als er die Auskultation des Mundes ausführte, hörte er ein trockenes, knisterndes Rasseln (ähnlich dem Geräusch von zerknülltem Pergament), das während der Atmungspause auch hörbar war und der Systole entsprach. Lag der Patient auf der rechten Seite, so hörte das Geräusch auf; es war weder durch den Husten, noch durch den Auswurfsakt verändert.

Verf. nimmt an, dass dieses Geräusch duich die Erschütterung verursacht wird, welche die Aorta den Knorpelringen des linken Bronchus mitteilt, die ihr entweder natürlich oder mittelst entzündlicher Adhäsionen, aufliegen. Die rhythmische Erschütterung der im Bronchialbaum enthaltenen Flüssigkeit spielt dabei keine Rolle. Menier.

100. **Max Joseph, Berlin, Leukoplakia of the mouth and its treatment.** *American Journal of Dermatology, Dec. 1908.*

Verf. weist auf den Unterschied zwischen gewöhnlicher und syphilitischer Leukoplacia hin, welch letztere eine Narbenbildung nach syphilitischer Plaques ist; Lues prädisponiert etwas zur Leukoplacie, vielmehr jedoch das Tabakrauchen; wegen Gefahr der malignen Entartung empfiehlt Verf. blande Behandlung: Acid. lacticum 5 %, steigend bis 50 % und Hydrogenhyperoxyd zum Gurgeln. M. Heimann, New York.

101. **Mollow, Sofia, Über Vorkommen von Mundschleimhautpigmentierung.** *Med. Klinik 1909, Nr. 10.*

Die Mundschleimhautpigmentierung ist kein pathognomonisches Symptom für Morbus Addisonii; dieselbe kann unter normalen Verhältnissen bei Zigeunern, und zwar von der Pubertät an ziemlich ausgebreitet, an der gesamten Mundschleimhaut auftreten.

Im übrigen findet sich dieselbe ausser bei Morbus Addisonii auch bei anderen Leiden, welche zu Kachexie führen: Vagantenkrankheit, chronische Malaria, Pellagra. Sommer, Würzburg.

102. **Moure und Pietri, Aktinomykose der Wange (Actinomycose de la joue).** *Journal de Médecine de Bordeaux, 24. Januar 1909.*

Die I.-K.-Behandlung (7—8 g pro Tag) verursacht die Abzedierung der seit 1908 bestehenden Krankheit, die nach und nach verschwand. Weder die mikroskopische, noch die külturelle Untersuchung konnte die Anwesenheit des Strahlenpilzes aufdecken. Menier.

103. **Neugebauer, Wien, Sklerose an der Oberlippe.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 7.*

An der Oberlippe eines 30 jährigen Kutschers ein harter, an der Oberfläche im Zentrum erodierter Knoten. Die Erosion erscheint scharf umschrieben, fast kreisrund, glatt und glänzend. Am Kieferwinkel beiderseits harte Drüsen.

104. **Palieri, Stich- und Schnittwunde im Munde mit Verletzung der Zähne (Ferita d'arma da punta e taglio nella bocca con lesione di denti).** *Il Morgagni, 15. Februar 1909.*

In einer Rauferei erhielt der Patient einen Messerstich 2 cm über dem linken Mundwinkel; die Richtung war von oben herab und von aussen nach innen. Die Klinge, in die Mundhöhle durch die Weichteile eindringend, verursachte den Bruch des ersten oberen Backenzahnes und des unteren; nach dem Kieferbruch entwickelte sich eine eiternde Gingivitis. Behandlung durch Tamponade und Spülungen mit H_2O_2. Heilung der Gingivitis nach acht Tagen, obgleich solche Formen mit Fungositätenbildung verbunden, gewöhnlich längere Zeit zu ihrer Heilung beanspruchen und Tendenz zum Fortschreiten zeigen. Nachher wurden die gebrochenen Zähne extrahiert. Menier.

105. **Pasini, Anwesenheit der Spirochäte pallida in den Zahnkeimen einer heredo-syphilitischen Frucht.** *Il Morgagni, 12. Dezember 1908.*

In den Zahnkeimen eines sechsmonatlichen Embryos, das von einer luetischen Mutter stammte fand Verf. die Spirochäten von Schaudinn. Wenn also dieselben das wirkliche Agens der Lues sind wie es heute allgemein angenommen ist, beweist uns ihre Anwesenheit in den Zahnkeimen, dass die sogenannten luetischen Zahnstigmata der Heredosyphilitischen nicht als das Produkt einer trophischen, der Infektion folgenden Störung zu betrachten sind, sondern dass sie ihre Entstehung der unmittelbaren und örtlichen Wirkung desselben vollwirkenden Agens verdanken.

Menier.

106. **Schlesinger, Makroglossie.** *Wien. klin. Wochenschr. 1. 1909.*

Demonstriert einen zweijährigen Knaben mit Makroglossie, als deren Ursache ein vorwiegend die rechte Zungenhälfte einnehmendes Lymphangiom anzusehen ist. F. M. Wolf, Würzburg.

107. **Schmidt, Allenstein, Ein eigenartiger Fall von Zahnwurzelzyste (periostale Zyste) des Oberkiefers.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 45, 1908, S. 2333.*

An der Hand eines Falles aus der Gerberschen Klinik wird der seltene Befund festgestellt, dass der Durchbruch auf der äusseren Haut

mit einer Cyste der Augenzahnwurzel in direktem Zusammenhang stehen kann. Durch die grosse Länge der Zahnwurzel lag die Zyste so nahe der fazialen Knochenwand an, dass schon ein geringes Wachstum genügte, um die dünne Knochenwand zu durchbrechen. Katz, Kaiserslautern.

108. **Trautmann, München, Über einen Fall von isoliertem Lichen planus mucosae oris bei einem Luetiker.** *Dermat. Zentralbl. 1909, Nr. 4.*

Angabe der bisher publizierten Fälle. Ausführliche Erörterung des histologischen Befundes des einschlägigen Falles.

F. M. Wolf, Würzburg.

7. Grenzgebiete.

109. **Broeckart, Schleimzysten im Bereiche der Thyrohyoidgegend.** *Annales des maladies de l'oreille, tome XXXV, Nr. 2.*

Man begegnet sehr häufig diesen Median- oder Paramedianzysten. B. hat sich der dankenswerten Arbeit unterzogen, unsere pathogenetischen Ansichten über diese Tumoren einer kritischen Würdigung zu unterziehen. Drei selbst beobachtete Fälle gaben ihm Gelegenheit zu dieser Arbeit, an die sich ein sorgsam zusammengesuchtes (namentlich französisches) bibliographisches Verzeichnis anschliesst. Lautmann, Paris.

110. **K. Chodounsky, Prag, Erkältung.** *Revue de médecine tehèque, Année. 1, Fasc. 3.*

Die Arbeit ist eigentlich eine Polemik gegen W. Siegels Abhandlung „Abkühlung als Krankheitsursache" (Deutsche med. Wochenschr. 1908). Ch. leugnet auf Grund von Tierversuchen und von mit grossem Heroismus ausgeführten Selbstversuchen auf das Entschiedenste das Bestehen einer Erkältung im klinischen Sinne, sowie den Einfluss von Witterungs- und Temperatureinflüssen auf die Morbidität. Vor allem lässt sich ein lokaler Einfluss der Kälte als pathogenetischer Faktor nicht nachweisen. Direkt auf Nerven einwirkende Kälte bewirkt wohl eine Leitungsherabsetzung, ja Aufhebung, die aber nach Aufhören dieser Einwirkung wieder verschwindet, nie konnte aber eine Neuralgie oder eine Paralyse erzielt werden, welche die Kälteeinwirkung überdauert hätte.

Die Einatmung eisiger oder abwechselnd eisiger und heisser Luft bewirkt keine Veränderung auf der Schleimhaut der Trachea und der Bronchien. Ch. kommt nun auf die Frage, ob die Erkältung zwar nicht direkt als Krankheitsursache wirkend, wohl die Schutzvorrichtungen des Organismus hemme und damit seine Widerstandsfähigkeit gegen pathogenetische Einflüsse herabsetze. Auch diesen oft behaupteten Einfluss bestreitet Verf. Die Erkältung resp. die Faktoren, welche sie nach der klinischen Lehre verursachen sollen, sind nicht unter die Noxen einzureihen, welche die Lebensenergie herabsetzen. Die Behauptung, dass die Morbidität der Erkältungskrankheiten in geradem Verhältnisse zu Witterungs- und klimatischen Einflüssen stehe, dass Berufskategorien, welche besonders zu Erkältungen disponieren, ein grosses Morbiditätsperzent liefern, lässt sich statistisch nicht beweisen. Deshalb hat auch die sogenannte Abhärtung, das Training der Hautgefässe, keinen Wert, der Abgehärtete erkrankt an Erkältungskrankheiten ebenso oft, wie der nicht Abgehärtete. Endlich

befasst sich Ch. mit der mikrobiellen Disposition, d. h. der Virulenzsteigerung pathogener Keime der Schleimhaut durch Erkältung. Auch hier hat eine grosse Versuchsreihe an Tieren und ca. 40 Selbstversuche, ausgeführt mit Kulturen von B. Friedländer, B. diphtheriae und B. Pneumoniae-Fraenkel-Weichselbaum eine Virulenzsteigerung nicht nachweisen lassen.

R. Imhofer.

111. **Cornelius G. Coakley, Intracranial lesions consecutive to nasal and accessory sinus infections.** *The journal of the amer. med. association 1909, Jan. 9.*

Ref. stimmt mit Verf. völlig überein, wenn er sagt, dass seine Behandlung nicht die einzige zur Beseitigung chronischer Ohr- und Naseneiterung sei; sie ist kein Haar besser oder schlechter als irgend eine andere; und wenn mit ihr Erfolge erzielt wurden, so sind dieselben mehr auf Kosten der vom Verf. ausgiebig angewandten chirurgischen Eingriffe zu setzen, kein kritisch veranlagter Arzt wird den Enthusiasmus des Verfs. teilen.

M. Heimann.

112. **Alfred Fallas, Entzündung des Processus mastoideus mit retropharyngealem Abszess[1]). Ontsteking van den processus mastoideus met retropharyngeale verzwering.** *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1908, II, Nr. 25.*

Ein Taglöhner von 35 Jahren leidet seit 5 Monaten an Schwerhörigkeit und Schmerzen im rechten Ohr und Mastoidgegend. Vor 5 Wochen wurde ein Abszess hinter der Ohrmuschel inzidiert und blieb eine granulierende Fistel nach, in welcher, 1 cm tief, entblösster Knochen zu fühlen war.

Das rechte Trommelfell ist vorgewölbt und zeigt Injektion der Hammerstielgefässe; beim Katheterisieren wird Flüssigkeit in der Paukenhöhle konstatiert. Bei der Lumbalpunktion, im Fundus oculi wird nichts Abnormes gefunden.

Das Antrum mastoideum wird eröffnet und daraus zahlreiche Granulationen entfernt. Der Sinus wurde zufällig freigelegt und normal befunden.

Die Temperatur wird aber höher und es entstehen Schluckbeschwerden. Vier Tage nach der Operation wird eine starke Vorwölbung der rechten Hälfte der hinteren Pharynxwand gefunden, welche nach unten bis zur Epiglottis geht. Bei der Inzision kommt viel Eiter zum Vorschein, die Pharynxwunde heilt in acht Tagen, die Wunde der Mastoidoperation einen Monat später.

Fallæs hat 26 Fälle aus der Literatur gesammelt. Schon 1841 hat Bruce einen Fall von Bright zitiert, wobei sich ein Retropharyngealabszess entwickelte bei einem Luetiker zugleich mit einer Ohrenentzündung.

Nach einer ausführlichen Besprechung der Anatomie des retropharyngealen Raumes weist Fallas auf die Drüsen von Gilette hin, welche, nach Most, die regionären Drüsen bilden für die Schleimhaut der Nase, der Tuba Eustachii und der Paukenhöhle.

Der Zusammenhang zwischen Ohrenleiden und Retropharyngealabszess und die Infektionswege werden von Fallas besprochen. Er teilt die

[1]) Vortrag, gehalten auf dem Flämischen phys. und medezin. Kongress, September 1908 in St. Niklaas.

Meinung Bezolds, dass Retropharyngealabszesse nur bei akuten Mittelohrentzündungen gefunden werden, nicht, obgleich sie bei letzterer sehr viel öfter vorkommen, wie bei der chronischen Otitis media. Nachdem auch die verschiedenen Mikroben behandelt sind, welche bei retropharyngealen Entzündungen gefunden werden, bespricht Fallas die Symptome, die Diagnose und den Verlauf, wobei auch zwei Fälle von Blutung aus der Karotis erwähnt werden.

Als Behandlung meint Fallas, dass die Öffnung des Abszesses von der Mundhöhle aus der äusseren Öffnung vorzuziehen ist.

Kan-Leiden.

113. **Flesch, Tumor der Schädelbasis extrakraniellen Ursprungs.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 4.*

Auf Grund eingehendster Beobachtung zweier Fälle kommt Verf. zu der Schlussfolgerung:

Neoplasmen, die von der Unterfläche des Keilbeins oder vom Rachendache ausgehen, oder solche, die von der Fossa maxillaris aus in die Tiefe greifen, oder diejenigen, die von den obersten Wirbelkörpern ausgehen, müssen zunächst das Gebiet der III. Quintuswurzel ergreifen. Dies kann nach Verf. Ansicht unter Umständen von entscheidender Bedeutung sein, um eine extrakranielle von einer intrakraniellen Erkrankung zu unterscheiden.

F. M. Wolf, Würzburg.

114. **Freudenthal, Wolff, A case of abscess of the brain of nasal origin.** *International Journal of Surgery, Sept. 1908.*

Frontalsinusempyem hatte hintere die Wand erodiert und so das Gehirn infiziert. Pätient starb trotz Operation.

M. Heimann, New York.

115. **Glas und Kraus, Wien, Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft.** *Wien. med. Wochenschr., Nr. 50, 1908.*

Unter 59 Fällen (darunter 48 nicht behandelten) kam es bei 43 im Puerperium zum Exitus. Die am Leben gebliebenen betrafen sämtlich zirkumskripte Formen der Kehlkopftuberkulose, während kein einziger, der an diffuser Tuberkulose erkrankt war, mit dem Leben davon kam. Doch zeigten, entgegen den Beobachtungen Kuttners, auch umschriebene Formen während der Gravidität akute Verschlechterung und gingen in die diffuse Form über. In 28% der Fälle kam es kurz vor dem Tode zum Spontanabort. 60% der Kinder der ohne Kunsthilfe niedergekommenen Frauen überlebten die Geburt nur um wenige Tage. Bei Progredienz eines Larynxprozesses, zumal bei gleichzeitiger Lungenerkrankung, ist die Einleitung des Abortus in den ersten Monaten indiziert, während die Einleitung der künstlichen Frühgeburt kontraindiziert ist, da sie das Fortschreiten des Prozesses in keiner Weise zu hemmen vermag. Bei progredienten, diffus ulzerierenden Formen mit relativer Stenose ist die Tracheotomie aus kurativen Rücksichten angezeigt. Die Veitschen Sätze von der Abhängigkeit der Prognose von den Gewichtsverhältnissen der Graviden behalten im grossen und ganzen ihre Richtigkeit. Doch müssen diese stets zugleich mit dem lokalen Befund, im Larynx und auf der Lunge und dem Allgemeinbefinden zur Bestimmung der Prognose herangezogen werden.

Kahn, Würzburg.

116. Jacques und Lucien, Tödlicher Fall von Peritonsillarabszess infolge Thrombose des Sinus cavernosus. *Annales des maladies de l'oreille, tome XXXIV, Nr. 12.*

Die Autoren haben bloss einen einzigen analogen Fall in der Literatur auffinden können. Der Infektionsweg ist im vorliegenden Falle nicht ermittelt worden. Ohr und die perinasalen Höhlen waren intakt.

Lautmann, Paris.

117. Jourdin, Ictus laryngis als Komplikation des Keuchhustens beim Erwachsenen. *Archives internat. de laryngologie, November-Dezember 1908.*

Der Ictus laryngis kann bei Erwachsenen im Verlaufe des Keuchhustens erscheinen; es ist auch möglich, dass Fälle von reinem Ictus laryngis nur Keuchhustenfälle waren. Die Behandlung scheint keinen Einfluss auf den Keuchhustenictus auszuüben; immerhin kann man Pharynxpinselungen mit Kokain oder Resorzin versuchen lassen; man vermeide die Einatmung von medikamentösen Präparaten; sie reizen die Schleimhaut allzusehr und darum sind sie eher schädlich als nützlich. Menier.

118. A. Jouty et Molle, Besteht eine Beziehung zwischen dem Sitze der Läsionen im Kehlkopf und dem der Läsionen der Lunge, wenn beide Organe tuberkulös sind? Versuch einer Systematisation der Tuberkulose im Bereich der Luftwege.

Molle, L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique. Maloine 1905.
Molle, De quel côté dorment les tuberculeux pulmonaires relativement au siège de leurs lésions, Presse medicale. 26. Avril 1908.
Molle, Etude classique sur l'eploration des pneumogastriques etc. etc. in Bulletin med. de l'Algérie. 30. Oct. 1906.
Jannot, De l'hemi-hyperesthesie neuromusculaire dans la tuberculose pulmonaire. Paris 1899.
Lebar, Hyperesthésies systematisées. Paris 1906.
Molle, Essai de systematisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire au début. (In Verhandlungen des internationalen Kongresses für Tuberkulose. Paris 1905.

Ausgangspunkt für diese interessanten Untersuchungen Molles, deren Gesamtübersicht wir hier geben, sind offenbar die Ideen Heads über die Schmerzpunkte, nur sprechen unsere Autoren davon nicht. Immerhin sind die Ideen originell genug, um des näheren auf vorliegende Arbeit einzugehen.

Den meisten Beobachtern ist es, wie es scheint, bisher entgangen, dass die Tuberkulose im Kehlkopf in den weitaus meisten Fällen im Beginne unilateral ist. Tatsache ist, dass man eine Monochorditis bisher immer als tuberkulös beargwohnte, aber wir müssen gestehen, dass es nichts Gewöhnliches ist, gleich sieben Fälle zu finden, wie unsere Autoren das Glück hatten, um ihre These zu dokumentieren, in denen es sich um schwere Infiltrationen und ödematöse Schwellungen des Kehlkopfes mit manifest einseitiger Lokalisation handelt. Die einseitige Lokalisation ist nicht das Spiel eines blinden Zufalls, sondern sie gehorcht einem Gesetz, das unsere Autoren aufgedeckt haben und das praktisch darauf hinausläuft, dass die Kehlkopfläsionen sich hauptsächlich auf der Seite der frühesten und schwereren Läsionen der Lunge lokalisieren. Der Grund hierfür ist wieder der, dass man bei genauer Untersuchung der Tuberkulösen, namentlich, wenn sich dieselben noch in den ersten Stadien ihrer Erkrankung

befinden, den einen Vagus im Zustande der Hypotrophie findet. Diese Hypotrophie des Vagus ihrerseits ist nun die Ursache, dass sich der Kochsche Bazillus auf dem weniger resistenten Terrain ansiedelt und hier die hauptsächlichte Läsion produziert. Infolge der normalen Durchflechtung der beiden Vagi finden sich dann aber auch, nur weniger deutlich, Läsionen auf der kontralateralen Seite. Der hypotrophische Vagus ist daran zu erkennen, dass er auf der Körperseite ist, die sich im Zustande einer neuromuskulären Hyperästhesie befindet (Weilsches Symptom), d. h. man findet schmerzhafte Druckpunkte im Trapezius, im Rectus abdominis, in der Ovarialgegend, der Vagus im Halsteil ist schmerzhaft, die Patienten können nicht auf der betreffenden Seite liegen, haben hier subjektive Empfindungen, Neuralgie etc. Auf diese Weise die Systematisation verfolgend, geben die Autoren folgende Regeln an. Patienten, deren Hemihyperästhesie sich links befindet, beginnen ihre Tuberkulose entweder gleichzeitig oder sukzessive in der Fossa subclavicularis sinistra und in der Fossa supra- et infraspinata dextra. Umgekehrt bei rechtsseitiger Hemihyperästhesie beginnt die Tuberkulose in der rechten Subklavikulargrube und gleichzeitig oder auch nur in der Fossa infra- et supraspinata sinistra. Der Kehlkopf wird für jede Seite isoliert, vom dazugehörigen Rekurrens innerviert, ohne dass eine Verflechtung der Rekurrensfasern stattfindet. Infolgedessen lässt sich folgendes Schema aufstellen. Es sitzen z. B. die Läsionen auf der linken Larynxseite. Man findet dann die Lungenherde a) entweder in der Fossa subclavicularis sinistra, b) oder in der Fossa supra- und infraspinata dextra, c) oder beiderseitig an den genannten Stellen. Ähnliches Schema lässt sich dann auch für rechts aufstellen. Wie gesagt, bringen unsere Autoren sieben Krankengeschichten, die auf das deutlichste diesen Schematismus illustrieren. Lautmann, Paris.

119. **Killian, Ein operativ geheilter Hirnabszess nach Stirnhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVII. Bd., 2. u. 3. H.*

Genaue Krankengeschichte und eine eingehende Epikrise, speziell der Hirnerscheinungen, sowie Sektionsbefund des Hirns nach dem sechs Jahre später erfolgten Tode der Kranken (an Leber- und Darmkarzinom).

Oertel, Dresden.

120. **Arthur Meyer, Nasale Ursachen und Behandlung der Erkrankungen der Tränenwege und der Bindehaut.** *Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XII, H. 2.*

Vortr. hat mehrere hundert Fälle auf das Vorhandensein nasaler Erkrankungen untersucht und meist eine für das Auge erhebliche Affektion gefunden. Er teilt die Fälle in 4 Gruppen, deren 1. diejenigen mit negativem Nasenbefund, die ungefähr 10—15 % von allen, umfasst. Bei der 2. Gruppe liegt infolge raumbeschränkender Momente im unteren Nasengang, Deformationen des Septum, Anliegen der Muschel, Hypertrophie, eine rein mechanische Hemmung des Tränenabflusses vor; hierher gehört ungefähr die Hälfte der Fälle von Epiphora. Die 3. Gruppe umfasst eiterige und entzündliche Zustände der Nase, des Nasenrachens und der Nebenhöhlen, welche auf verschiedener Art Entzündungen oder Geschwüre des Tränenschlauchs, der Konjunktiva, Cornea und der Lider verursachen oder unterhalten; namentlich

die adenoiden Vegetationen, die Ozäna, die Nebenhöhleneiterungen sind wichtig für die Ätiologie der Augenleiden. Die 4. Gruppe umfasst spezifisch-infektiöse Prozesse, welche durch den Tränenschlauch kontinuierlich aufwärts kriechen; bei weitem am wichtigsten ist hier der Lupus der Nasenschleimhaut.

Therapeutisch hat der Rhinologe bei der 2. Gruppe die Aufgabe, den unteren Nasengang wegsam zu machen, durch Umknickung der Muschel, Korrektur der Stellung des Septum, Abtragung von Hypertrophien. Bei der 3. und 4. Gruppe ist das Nasenleiden möglichst zu beseitigen, oder wo das nicht angängig (z. B. Ozaena), die Nase von Sekreten und Krusten rein zu halten. Daneben muss bei der 3. und. 4. Gruppe die augenärztliche Therapie gehen, die von den gleichzeitigen nasalen Eingriffen ziemlich unabhängig ist. Endlich werden einige neuere Bestrebungen, von der Nase aus direkt auf den Tränenkanal einzuwirken, besprochen; so die retrograde Sondierung, die permanente Drainage der Tränenwege mege mittelst Seidenfaden (Koster und Kan), die Dakryocystorhinostome" von Toti, die intranasalen Methoden der Eröffnung des Tränensacks (Killian, Passow, Okunew). All diesen Versuchen haften schwere Nachteile an, so dass die Tätigkeit des Rhinologen sich im allgemeinen auf die Behandlung des auslösenden Nasenleidens beschränkt.

Autoreferat.

121. **A. v. Rosthorn, Wien, Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft.** *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 1.*

Verf. hält die Lungenphthise in der Gravidität unter allen Umständen für eine gefahrdrohende Komplikation. Der künstliche Abortus ist der künstlichen Frühgeburt unbedingt vorzuziehen. Die Aufnahme Schwangerer in den Lungenheilstätten sollte ermöglicht werden. In jedem Fall ist streng individualisierend vorzugehen. Kahn, Würzburg.

122. **Rüedi, Beiträge zur Kenntnis der skarlatinösen Erkrankung des Warzenfortsatzes und der Nasennebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVII. Bd., 2. u. 3. H.*

Genauer Krankheitsbericht über 9 an der Universitätsklinik zu Basel beobachtete Fälle von Nebenhöhleneiterungen der Nase bei Scharlach. — Von diesen wurden 2 operativ und 4 autoptisch untersucht; 3 trugen die ausgesprochenen klinischen Kennzeichen der Nebenhöhlenerkrankung und heilten spontan aus. Oertel, Dresden.

123. **Ferdinand Samuel, Über Angina ulcerosa bei dem Abdominaltyphus nach dem Materiale der medizinischen Klinik in Strassburg.** *Inaug.-Dissertat., Strassburg 1908, 46 S.*

Die Angina ulcerosa stellt ein für die Frühdiagnose des Typhus abdominalis wertvolles Symptom dar. Wenn ihr Vorkommen auch nicht absolut sicher diese Diagnose zu stellen gestattet, so bietet sie doch im Hinblick auf ihr häufiges und beinahe ausschliessliches Vorkommen bei der typhösen Erkrankung eine wichtige Stütze für die klinische Diagnose.

Fritz Loeb, München.

124. **Schupfer, Seltene Störungen des Schluckvermögens in einem Falle von Aneurysma der Aorta thoraco-abdominalis.** *Gazzetta degli ospedali, 5. Januar 1909.*

Bei den Aneurysmen, die sich ein wenig über oder unter dem Zwerch-

fell entwickeln, kann man mit Hilfe der Sonde eine Pulsation ein wenig über der Kardia fühlen. Bei solchen Aneurysmen ist ein ziemlich frühes Symptom die Dysphagia, die nur die Flüssigkeiten betrifft, während die feste Nahrung sehr gut gesckluckt wird und jedes andere Symptom des Kardiaspasmus fehlt. In diesen Fällen findet man bei der Obduktion eine perianeurysmatische Entzündung, das Aneurysma ist mit dem Ösophagus über dem Plexus oesophag. inferior verwachsen; es kann sogar den Ösophagus ulzerieren und sich in denselben öffnen. Die Schluckbeschwerden sind für einen Teil rein mechanischer Natur; die Schluckstörungen für flüssige Nahrung hängen von der übertrieben grossen Kontraktilität der Kardia ab: diese ist eine Folge des auf den Plexus oesophag. inferior ausgeübten Druckes. Die Schnelligkeit des Herabgleitens der Flüssigkeiten, die plötzlich auf der Kardia fallen, erklärt den reflektorischen Spasmus (die feste Nahrung gleitet langsamer herunter). Menier.

125. **Sokolowsky, R., Larynxtuberkulose und Gravidität.** *Sammlung zwangloser Abhandlungen. Bd. IX, H. 6, bei Carl Marhold, Halle a. S., 1908.*

Nach einer kurzen historischen Einleitung kommt S. zu dem Schluss: und tatsächlich ist es heute eine absolut feststehende Tatsache, dass die Schwangerschaft eine äusserst deletäre Komplikation für die Tuberkulose darstellt.

Diesem im Original zum Teil fettgedruckten Satz ist nicht nur vom Standpunkt formaler Logik, sondern auch sachlich nicht beizutreten. Denn es ist gar kein Zweifel, dass bei der grossen Häufigkeit latenter oder ruhender Tuberkulose im menschlichen Körper sehr viele Frauen eine Gravidität sehr gut überstehen, die Herde in ihrem Körper haben. Hingegen dürfte es keinen Widerspruch erregen, wenn in diesem Satz statt des Wortes „Tuberkulose“ „Schwindsüchtige“ stände. Die Betonung dessen ist mehr als Wortstreit.

Nach weiterer Besprechung der Literatur, wobei das Verdienst Kuttners um diese Frage gewürdigt wird, bringt S. zu den früheren Gerberschen weitere Fälle, sodass es im ganzen 18 sind, bei denen der künstliche Abort eingeleitet wurde; von diesen 18 bei 14 mit günstigem Erfolg. S. kommt zum Schluss zu folgenden Leitsätzen:

1. Die Komplikation der diffusen Larynxtuberkulose mit Schwangerschaft führt in den meisten Fällen zum Tode der Mutter; ebenso ist die Mortalitätsziffer der unter solchen Umständen geborenen Kinder eine sehr grosse.

2. Eine Ausnahme von dieser ungünstigen Prognose bilden
   a) die tuberkulösen Larynxtumoren,
   b) diejenigen Fälle, wo die Larynxtuberkulose erst in den letzten Wochen der Schwangerschaft auftritt.

3. Bei Schwangeren, die sich im terminalen Stadium ihrer tuberkulösen Erkrankung befinden, wo jede Rettung ausgeschlossen erscheint, hat ein operativer Eingriff zu unterbleiben; nur unter ganz besonderen Umständen — als Indicatio symptomatica — wäre hier eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft zu rechtfertigen.

4. Bei den übrigen — mit Ausnahme der unter 2 genannten — ist der künstliche Abort anzuraten; und zwar ist die Prognose um so besser,

je früher der Eingriff ausgeführt wird. Daher sind auch die Chancen für die Rettung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt beinahe gleich Null.

5. Der Tracheotomie ist eine heilende Wirkung nur in den seltensten Fällen zuzusprechen; als Indicatio vitalis wird sie öfter in betracht kommen.

6. Um den günstigen Zeitpunkt für eine möglichst frühzeitige Vornahme des künstlichen Aborts nicht zu versäumen, soll bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberkulose zu uns kommt, eo ipso auf Gravidität gefahndet werden.

7. Die allgemein gültigen Regeln über das Eheverbot Tuberkulöser sowie die Verhütung der Konzeption (fakultative Sterilität) sind strengstens zu beachten.

8. In geeigneten Fällen wird es sich vielleicht empfehlen, im Anschluss an den günstig verlaufenden künstlichen Abort die künstliche Sterilisierung anzuraten.

Besonders möchte ich dem unter 5 genannten Leitsatz beitreten. Erfreulicherweise mehren sich die Stimmen gegen die sogenannte kurative Tracheotomie mehr und mehr (cf. auch Gerber, Zeitschrift für Laryngologie, Bd. I, Heft 6).

Die Arbeit Sokolowskys gewährt einen sehr guten Überblick über den gegenwärtigen Stand dieser Frage, und da diese nur durch weiteres, von allen Seiten zugetragenes Material definitiv gelöst werden kann, muss auch die Hinzufügung weiterer Fälle als sehr dankenswert bezeichnet werden. Bl.

126. **V. Vitek, Drei Fälle von Trigeminus-Neuralgie, geheilt mit Galvanisation von der Mundhöhle aus.** *Časopis Lékařuv Českych 48. Bd., H. 1.*

In 3 Fällen von Trigeminusneuralgie, bei welchen die gewöhnliche Methode (Galvanisation an den Schmerzpunkten) wohl Besserung, aber nicht vollständiges Schwinden brachte, versuchte V. die Anlegung der Anode von der Mundhöhle aus und zwar am Unterkiefer und am Jochbeine. Selbstverständlich mussten dabei besondere Vorsichtsmassregeln angewendet werden, um eine elektrolytische Wirkung des Stromes auf die Schleimhaut auszuschliessen. Es wurden Ströme von nicht über 1 MA benutzt und ausserdem die Lage der Elektrode beständig gewechselt, besonders wenn der Kranke über Brennen an der Applikationsstelle klagte. Da V. die Versuche fortzusetzen gedenkt, hat er sich eine eigene Elektrode mit einer leicht gebogenen Metallschaufel konstruiert, die sich den betreffenden Applikationsarten gut anpasst. V. weist darauf hin, dass man diese Methode vielleicht auch bei den Algesien in der Mundhöhle alter Leute mit zahnlosen Unterkiefern, sowie vielleicht in einzelnen Fällen von Glossodynie gut brauchen könnte. R. Imhofer.

127. **Wylie, London, Nackengeschwüre die das Aussehen vergrösserter Drüsen haben, verbunden mit laryngealer Paralyse.** *Brit. med. Journ., 26. Sept. 1908.*

Es wird von einem Falle berichtet, in welchem die Patientin eine Frau von 30 Jahren war. Eine Schwellung im linken vorderen Dreieck

des Nackens glich einer Masse von entzündeten Drüsen und verursachte eine Verminderung der Abduktionsbewegung im linken Stimmbande, durch Druck auf den Rekurrens. Bei der Operation, um sie zu entfernen, fand man, dass sie eng mit der tiefen Nackenfaszie zusammenhing, rundum die Karotis-Scheide.

Sie bestand aus sechs kleinen Anhäufungen, ungefähr von der Grösse einer Bohne. Alle — mit Ausnahme einer, die sich als normale Lymphdrüse erwies — zeigten das typische Bild eines Endothelioms. Anfangs heilte die Wunde gut, später aber trat Suppuration in der Tiefe ein und Tod durch Arrosion der Karotis.

Kurz wird noch über zwei andere ähnliche Fälle von Nacken-Endotheliom berichtet. Der eine Fall ein Kind von 14 Jahren und der andere ein Mann von 50 Jahren. In jedem dieser Fälle war die Operation von Erfolg und ein Rückfall trat nicht ein. In einem vierten Falle war der Tumor ein Lymphadenom. Der Verf. weist auf 31 Fälle von Nackentumoren, die für vergrösserte Drüsen gelten konnten, hin. Die meisten erwiesen sich als Endotheliome und in allen diesen Fällen sass das Gewächs tief und war eng mit der tiefen Nackenfaszie und der Karotis verwachsen. Guthrie, Liverpool.

III. Literaturverzeichnis.

Allgemeines. Geschichte.

Allen, London, The common Cold: its pathology and treatment with especial reference to vaccine therapy. *Lancet, Nov. 28, and Dec. 5, 1908.*

Beck, Joseph C., Limitation of Oto-Laryngologic Practice. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 2, 1909, Ferr.*

Blegvad, N. Rh., Oto-Laryngology in Amerika (Oto-Laryngologie in Amerika.) *Ugeskr. f. Läger, 1909, S. 176.*

Cohn, Felix, New York, The Eruptive Conditions of the Nose and Throat: Their Consideration from the Point of View of the Laryngologist. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Cohn, Georg, Deszendierende Stenosenbildung der Luftwege auf Grund von Lues hereditaria tarda. *Arch. f. Laryng., XXI, S. 490.*

Detre, L., Budapest, Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre. *Budapesti Orvosi Ujsàg, Nr. 21, 1908, Beilage.*

Drage, St. Albans, The palliative treatment of inoperable Cancer. *Lancet, Nov. 7, 1908.*

Eicken, C. v., Fortschritte auf dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie. *Deutsche med. Wochenschr., 1909, Nr. 1 u. 2.*

Fischer, Louis, New York, Eruptive Manifestations in the Nose and Throat of Children, from a Pediatric Standpoit. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Frese, Halle, Die akuten Erkrankungen der oberen Luftwege. *Med. Klinik, 1908, Nr. 51.*

Hartmann, Arthur, Berlin, Die Behandlung des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege. Klinischer Vortrag. *Deutsche med. Wochenschrift, 1909, Nr. 9.*

Hennig, A., L'influence des mers allemandes (Baltique et mer du Nord) sur la tuberculose des voies aériennes supérieures. *Rev. hébd. de lar., 1908, Nr. 48.*

Heryng, Theodor, Die Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege. *Annales des maladies de l'oreille etc., Tome XXXIV, Nr. 11.*

Hilleyus, W. M., *Hay fever.* Hahnemanns Monthly August 1908.

Jurasz, A., Die internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresse. *Internat. Zentralbl. f. Laryng., Bd. XXIV, 1908, S. 381.*

Klimenko, W. N., Zur Ätiologie des Keuchhustens. *Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 47.*

Lake, R., Das Taschentuch als Ursache der Nasen- und Ohrkrankheiten. Le mouchoir de poche, facteur dans la genèse des maladies du nez et des oreilles. *Archives internat. de Laryng., Nov.-Dez. 1908.*

Lieven, W. A., The Modern Treatment of Syphilis, especially in Regard to the Upper Respiratory Passages. *Journ. of Laryngol., XXIV, Nr. 3, 1909, Marsh.*

Mayer, Emil, Rhinoscleroma in North America. *Laryncoscope, VIII, 1908, Dec., Nr. 12.*

Mignon, M., Influence climatérique de la Riviera sur les voies respiratoires supérieures. *Rev. hébd. de laryng., 1909, Nr. 10.*

Navratil, D. v., Über den diagnostischen Wert der X-Strahlen in der Rhino-Laryngologie. *Archives internat. de Laryngol., Nov.-Dec. 1908.*

Nieddu, Ricerche del' treponema pallidum per la diagnosi eziologica delle malattie oto-rino-laringee. (Untersuchungen über die Bedeutung des Treponema pallidum (Spirochaete pallida) für die ätiologische Diagnose der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten.) *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 1909, Nr. 1 u. 2.*

Ostino, G., Bibliografia sistematica oto-rino-laringologica. *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, Vol. XX, n. 2, p. 144—159, Torino 1909.*

Schmiegelow, E., Mitteilungen aus der oto-laryngologischen Abteilung des St. Joseph-Hospitals 1907. (Meddelelser fra St. Josef-Hospitals oto-laryngologiske Afdeling 1907.) *Kopenhagen 1908.*

Semon, Felix, I. internationaler Laryngo-Rhinologen-Kongress. *Internat. Zentralbl. f. Lar., Jahrg. XXIV, 1908, Nr. 4, S. 155.*

Derselbe, Der I. internationale Laryngo-Rhinologen-Kongress. *Daselbst, Heft 5, S. 221.*

Derselbe, Rückblicke auf den I. internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongress. *Daselbst, Heft 7, S. 337. Heft 8, S. 386.*

Derselbe, Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg. *Daselbst, Heft 10, S. 473.*

Sendziak, J., Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten. *Internat. Zentralbl. f. Laryngologie. Bd. XXIV, 1908, Nr. 4, S. 163, Nr. 5, S. 228, Nr. 6, S. 287.*

Shambauch, Geo E., Post-Graduate Instruction in Oto-Laryngology. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 1, 1909, Jan.*

Vidakovich, C. v., Budapest, Fall von chronischer Wismutvergiftung, entstanden infolge von Wismutinjektionen. *Orvosi Hetilap, Nr. 47, 1908.*

Dissertationen[1]):

Schmid, Simon, Resultate der Ohruntersuchungen an 1312 Kindern der Primarschule Brunnmatt-Friedbühl, Bern. *Bern 1908, 21 S.*

Nase und Nebenhöhlen.

d'Ajutolo, Bologna, Polifobia con altri disordini nervosi in un rinopatico. (Mit anderen nervösen Störungen verbundene vielgestaltige Angstzustände bei einem Nasenkranken.) *Bolletino delle mal. dell' orecchio etc., 1909, Nr. 1.*

Bailey, Harald, The treatment of frontal sinus suppuration. *Jowa Medical Journal, Dec. 15, 1908.*

Baldwin, M., Abscess of the inferior turbinal, with report of a case. *The Journal of Ophthalm. and Oto-Lar., Vol. 2, Nr. 8.*

Bernard, E., Un cas de tumeur vasculaire de la tête du cornet inférieur gauche; opération par la voie de Rouge; guérison; examen histologique. *Rev. hébd. de laryng., 1909, Nr. 6.*

Bobone, St. Remo, Polipi mucosi del turbinato medio ed ascesso freddo del turbinato inferiore nell' istessa narice. (Schleimpolypen der mittleren Muschel und kalter Abszess der unteren Muschel auf derselben Nasenseite.) *Bolletino delle mal. dell' orecchio etc., 1908, Nr. 10.*

Browley, Frank, The Dependence of intraocular diseases upon affections of the nasal accessory sinuses. *The Chicago medical Recordes, Dec. 15, 1908.*

De Champeaux, Étude sur l'éternuement. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 3.*

Chauvet, Fernand, Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine; effets de l'obstruction nasale unilatérale. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 12.*

Curter, William Wesley, A combined bridge and intraursal splint for the errection of depressed deformities of the nose. *The Journal of the american medical association, Oct. 27.*

Dahmer, Posen, Stirnhöhlenoperationen. *Arch. f. Laryng., Bd. XXI, H. 3.*

Fejér, J., Budapest, Fall von Erweiterung des Tränennasenganges. *Orvosi Hetilap, Nr. 46, 1908.*

Gault, Behandlung der Ozäna mit Paraffineinspritzungen von 45° C. *Archives internat. de Laryngol., Nov.-Dec. 1908.*

---

1) Das Dissertationsverzeichnis ist von Herrn Dr. Fritz Loeb-München aufgestellt.

Gibson, James A., The sphenoidal sinus: A study based on the examination of eighty five specimens. *The Journ. of the americ. med. association. Dec. 1908.*

Gyergyai, A. v., Kolozsvàr, Ungarn, Operierter und geheilter Fall von mit orbitaler Komplikation verlaufender Keilbeinhöhleneiterung. *Orvosi Hetilap, Nr. 2, 1909.*

Hall, Gaylord C., Some considerations on the diagnosis and treatment of disease in the accessory sinuses of the nose. *Kentucky Medical journ., Jan. 1909.*

Hajek, Behandlung der Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen. *Arch. internat. de Laryng., Jan.-Febr. 1909.*

Holinger, J., Ozena, No Terra incognita. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 1, 1909, Jan.*

Horeau, André, Un cas d'impotence fonctionnelle complète due à une atrophie nasale provoquée. *Rev. hébd. de lar., 1908, Nr. 52.*

Kenyon, Elmer L., Report of a Case of Rhinoscleroma. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Large, Secord H., Atrophic Rhinitis. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Leste, John, C., The correction of external nasal deformities. Report of a case. *American Journal of surgery, Dec. 1908.*

Le Noir und **Camus,** Der Bacillus tub. in den Nasenhöhlen von Kranken und Gesunden. *Société de Biologie, Paris, 14. u. 21. Nov. 1908.*

Löwe, L., Beiträge zur Nasenchirurgie. Contribution à la chirurgie du nez. *Archives internat. de Laryng., Nov.-Dec. 1908.*

Mc Caw, James F., Watertown, Primary Sarcoma of the Naso-Pharynx. Report of Case. *The Laryngoscope, XVIII, Nr. 12, 1908, Dec.*

Mc Cenzie, Dan., Retrospect of Rhinology. *Journ. of Laryng., XXIV, Nr. 1, 1909, Jan.*

Myles, Robert, C., New York, A case of Osteo-Chondroma of the Septum with Extensive Absorption of the Cribriform Plate; Tumor Extruding Into the Cranial Cavity, Sphenoidal and Ethmoidal Cells. *The Laryngoscope, XVIII, Nr. 12, 1908, Dec.*

Némai, J., Budapest, Die Entzündung der Nasennebenhöhlen. *Budapesti Orvosi Ujsàg, 1909, Nr. 6, Beilage.*

Derselbe, Über die Beschwerden der Nasenkranken. *Budapesti Orvosi Upày, 1908, Nr. 32, Beilage.*

Oppikofer, Basel, Mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut von 165 chronisch eiternden Nebenhöhlen der Nase nebst Beitrag zur Genese der Plattenepithelkarzinome der Nebenhöhlen. *Arch. für Laryngologie, Bd. XXI, H. 3.*

Pelon, Henri, Quelques cas de tertianisme des fosses nasales traités par cure thermo-sulfurée combinée à la médication spécifique. *Rev. hébd. de laryng., 1909, Nr. 3.*

Piffl, Über das Vorkommen von Aspergillus im Ohr und in der Nase. *Wien. klin. Wochenschr., 1909, Nr. 1.*

Rejtö, A., Budapest, Nasen- und Ohrenuntersuchungen bei normalen und schwachsinnigen Kindern. *Budapesti Orvosi Ujsàg, 1909, Nr. 6, Beilage.*

Scheier, Max, Berlin, Die Diagnostik der Empyeme der nasalen Nebenhöhlen und das Röntgenverfahren. *Arch. für Laryngol., Bd. 21, S. 525.*

Derselbe, Sur l'importance des rayons de Röntgen pour la détermination des cavites accessoires du nez et de leurs maladies. *Rev. hébd. de laryng., 1908, Nr. 50.*

Scheppegell, Wnr., Fibroid Tumor of the nasopharynx. *The Dietetic and Hygienic Gazette, Nov. 1908.*

Skillern, Ross Hall, The present Status of the radical operation for empyema of the sphenoid sinus. *The journal of the americ. med. association, 1908, Dez. 19.*

Spira, R., A Contribution to the treatment of acute Catarrh of the Nose. *The journ. of laryngol., Bd. XXIV, Nr. 2, 1909, Febr.*

Stenger, Königsberg, Über einen Fall von Mucocele der Stirnhöhle. *Zeitschrift f. Ohrenheilk. etc., Bd. LVII, H. 4.*

Stoker, Wallsend, Atrophic-Rhinitis complicated by Mastoid Abscess and Extra-dural Abscess. *Brit. med. Journ., Febr. 6, 1909.*

Vail, Derrick T., Rhabdomyoma of the Nose. *Laryncoscope, VIII, Nr. 12, 1908, Dec.*

Veis, Julius, Frankfurt a. M., Gummöse Erkrankung der Stirnhöhlen und Siebbeinzellen beiderseits. *Arch. f. Laryng., Bd. 21, S. 532.*

Voortes, Irwin W., The causes and treatment of nasal haemorrhages. *American Medicine, Dec. 1908.*

Wendling, Contribution à l'étude des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire chez les enfants. *Rev. hébd. de laryng., 1909, Nr. 9.*

Wiegmann, Paul, Ein Fall von Osteom des Siebbeins. *Zeitschrift f. Ohrenheilk. etc., H. LVII, Bd. 1.*

Wolf, J., New York, Demonstration of a New Method of Posterior Nasal Tamponade. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 2, 1909, Febr.*

Ziem, Einige Worte über die Sinusitis frontalis. *Archives internat. de Laryngol., Jan.-Febr. 1909.*

Zironi, Guiseppe, Modena, Deformità congenita del naso. (Narice ectopica.) *Vallardi, Milano.*

Zoltáu von Lénárt, Budapest, Experimentelle Studie über den Zusammenhang des Lymphgefässystems der Nasenhöhle und der Tonsillen. *Arch. f. Laryng., Bd. 21, S. 463.*

Dissertationen:

Araya, S., Traitement de sinusites maxillaires. *Paris 1908, 116 S.*

Berthou, G., Contribution à l'étude de la forme sinusiale du cancer du sinus maxillaire. *Lille 1907, 71 S.*

Jouveau-Dubreuil, H., Les complications auriculaires des sinusites. *Bordeau 1907, 101 S.*

Juin, A., Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires chroniques. *Paris 1908. 80 S.*

Le Cousse, E., Le coryza hypertrophique. Son traitement. *Bordeaux 1908, 62 S.*

Lenoble, R., Du chancre syphilitique du nez et spécialement du chancre de la pituitaire. *Paris 1908, 58 S.*

Massé, A., Empyème et sinusite maxillaire. *Montpellier 1908, 40 S.*

Monjou, E., Le traitement des complications orbito-oculaires des sinusites fronto-ethmoidales. *Bordeaux 1908, 59 S.*

Perrin, J., Contribution à l'étude du développement des fosses nasales. *Lille 1908, 84 S.*

Petit, M., Considérations sur la chirurgie actuelle du septum nasal. *Bordeaux 1908, 46 S., 3 T.*

Slavtcheff, G., Considérations à l'étiologie et à la bactériologie de l'ozène. *Toulouse 1908, 83 S.*

Vagnon, A., Les pansinusites périorbitaires. *Lyon 1908, 136 S.*

Vaysse, Ch., Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire. *Paris 1908, 86 S.*

Rachen.

Cantieri, Tonsillite flemmono-gangrenoso e Tonsillotomia (phlegmonöse Tonsillitis und Tonsillotomie). *Bolletino delle mal. dell' orecchio etc., 1908, Nr. 10.*

Duckworth, Marion, The pathological tonsil and its surgical treatment. *The Journal of Arkansas medical society.*

Dupond, G., Epithélioma du naso-pharynx. *Rev. hébdom. de lar., 1909, Nr. 1.*

Eschle, Welch einen günstigen Erfolg der Entschluss zur Serumanwendung in einem Falle von schwerer Diphtherie brachte. *Fortschritte der Medizin, 1908, Nr. 36.*

Fiori, Dei tumori parafaringei (retrofaringei di Busch). *Il Policlinico. chirurg. Teil, Februar-März. 1909.*

Halász, H., Miskolcz, Die Behandlung der akuten Rachen- und Mandelentzündung. *Orvosok lapja, 1909, Nr. 3.*

Derselbe, Papilloma Uvulae. *Gyógyászat, 1908, Nr. 32.*

Hall, Birmingham, Adhesion of soft Palate to Nasopharynx. *Brit. med. Journ., Jan. 2, 1909.*

Hougardy, Lüttich, Behandlung der Diphtheritis. *Liège Médical, 2 Oct., 1908.*

Jouty, A., Rétrécissement du larynx consécutif à la diphtérie. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 2.*

Küster, E., Zur Bolusbehandlung der Diphtherie. *Therap. Rundschau, III. Jahrg, 1909, Nr. 14.*

Marfan, Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. (Klinische Diagnose der diphtherischen Angina.) *Journal de Médecine de Paris, 20. März 1909.*

Munch, Francis, Hypertrophie aiguë, unilatérale et récidivante des amygdales palatines avec examen histo-pathologique. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 7.*

Nieddu, Florenz, Un caso di meningite cerebrospinale d'origine faringea. (Ein Fall von Cerebrospinalmeningitis pharyngealen Ursprungs.) *Bolletino delle mal. dell' orecchio etc., 1908, Nr. 12.*

Noyes, John R., A Modified Tonsil Snare. *The laryncoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Prutt, G. N., Vincenz Angina; a report of four cases. *Boston medical Journal, Oct. 1908.*

Pynchon, Edwin, The After-Treatment of the Tonsil Wound. *The laryncoscope, XIX, Nr. 2, 1909, Fevr.*

Reik, J. N., Baltimore, The Relationship Between Degenerate Tonsils and Middle-Ear Deafness. *The laryngoscope, XVIII, Nr. 12, 1908, Dec.*

Rhodes, T. E., Sarkom der Tonsille. *Archives internat. de laryngol., Nov.-Dec. 1908.*

Royet, Die Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den chronischen Nasenrachenkatarrhen. *Archives internat. de laryng., Jan.-Febr. 1909.*

Scarlett, Rufus B., Systemic infection through the tonsils. *Monthly Cyclopaedia and medical Bulletin, January 1909.*

Sobernheim, Wilhelm, Kurze serologische Mitteilung zur Angina Vincenti-Frage. *Arch. f. Laryng., Bd. 21, S. 504.*

Suñé y Medán, L., Pólipo naso-faríngeo. *Revista Barcelonesa de Enfermedades de vida, garganto y nariz. Oct.-Nov.-Dec. 1908.*

Stubbs, F. Gurney, The technic of tonsillectomy and adenoidectomy. *The Journal of ophthalmology and Oto-Laryngology, Vol. 2, Nr. 8.*

Trapenard, Deux cas de syphilis héréditaire du naso-pharynx simulant des végétations adénoides. *Rev. hebd. de laryng., 1909, Nr. 5.*

Trautmann, G., München, Bemerkungen zur Operation der Schädelbasisfibrome. *Arch. f. Laryng., Bd. 21, S. 484.*

Utne, Ingolf, Difteriepidemien i Bergen 1908. (Die Diphtherie-Epidemie zu Bergen 1908.) *Medicinsk revue, 1909, S. 1.*

Wilson, Norton L., Affections of the ear due to adenoids. *Journal of the medical Society of New-Jersey, Januar 1909.*

Zwillinger, H., Budapest, Über den praktischen Wert der Hypopharyngoskopie. *Gyógyászat, 1909, Nr. 7.*

Dissertationen:

Békiarian, A., Contribution à l'étude de l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire. *Paris 1908, 100 S., 1 T.*

Bisot, J., La diphtérie à Nancy. *Nancy 1907, 64 S.*

Calas, Les abcès péripharyngieus. *Dissertation Montpellier, 1909.*

Descomps, Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien. *Région sous-angulomaxillaire. Paris 1908, 77 S.*

Gibert, A., De l'abscès périostique juxta-amygdalien odontogène. *Toulouse 1908, 87 S.*

Goudeareau, J., Contribution à l'étude des rapports entre l'adénoidite et l'entéro-colite muco-membraneuse chez le nourrisson. *Montpellier 1908, 52 S.*

Guéguen, A., Contribution à l'étude de la sérothérapie préventive. Sérum antidiphtérique. Sérum antitétanique. *Bordeaux 1908, 66 S.*

Guimezanes, Ph., Contribution à l'étude des angines pseudomembraneuses. *Bordeaux 1908, 74 S.*

Iwanowa, Anna, Über die Behandlung der Kreislaufstörungen bei Diphtherievergiftung. *Zürich 1908, II u. 10 S. (S.-A. a. d. Deutsch. med. Wochenschr. 1908.)*

Langlais, F., Les angines nécrotiques ou ulcéro-perforantes de la scarlatine. *Paris 1908, 83 S.*

Laurens, R., Abcès du latéro-pharynx. Contribution à l'étude de leur évolution anatomo-clinique et de leur traitement. *Lyon 1907, 91 S.*

Leblond, G., De la thrombose cardiaque dans la diphtérie. *Paris 1907, 138 S.*

Leibovici, S., Prophylaxie antidiphtérique par la sérothérapie. Anaphylaxie et maladie du sérum. *Paris 1908, 126 S.*

Magasanik, L., Werden im Bereich des Ostium tubae pharyngeum Geschmacksempfindungen ausgelöst? *Bern 1908, 16 u. 1 S.*

Malynicz, Jacob, Über die Häufigkeit der postdiphtherischen Lähmungen vor und nach der Serumbehandlung. *Zürich 1908, 59 S.*

Malterre, R., De la tuberculose galopante des amygdales. *Paris 1908, 110 S.*

Mandy, L., Traitement des paralysies diphtériques par les injections de sérum antidiphtérique. *Lyon 1908, 123 S.*

Valentin, Ch., Contribution à l'étude des angines à bacille de Friedlaender. *Nancy 1908, 111 S.*

Kehlkopf.

Avellis, Georg, Frankfurt a. M., Über den funktionellen Unterschied der Stimmbandknötchen beim Kinde und beim Erwachsenen. *Arch. f. Laryng., Bd. 21, S. 481.*

Baumgarten, E., Budapest, Kehlkopfsymptôme bei Syringomyelie. *Budapesti Orvosi Ujság, Nr. 49, 1908, Beilage.*

Broeckaert, J., Gent, Zur Kenntnis der Veränderungen in den Kehlkopfmuskeln nach Durchschneidung des Rekurrens. *Arch. f. Laryng., Bd. XXI, H. 3.*

Chenery, W. E., Boston, A Case of Paralysis of the Left Vocal Cord Caused by Peritracheal Tumor. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 1, 1909, Jan.*

Coudert, Behandlung des Pseudo-Kroups. *Gazette médicale du Centre, 1. Oct. 1908.*

Davis, J. Leslie, A Further Study of Laryngeal Neoplasms in America. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 1, 1909, Jan.*

Dubar, Verkannte Tuberkulose und Syphilis des Kehlkopfs. Verlauf und Behandlung. Tuberculosa laryngée et syphilis méconnue. Evolution et traitement. *Journal de Médecine de Paris, 6. März 1909.*

Hahn, R., La galvanocaustica nella cura della tubercolosi laringea. *Arch. Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. Turin, Vol. XX, Nr. 2, S. 115–124.*

Johnston, Richard H., The Removal of Laryngeal Tumors by Direct Laryngoscopy. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Lannois, M., et **Durand, M.**, Régénération d'une corde vocale après exstirpation totale pour cancer. *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 2.*

Lithgow, Edinburgh, The Effect on vocal pitch of the contracture of the thyro-arytenoid muscles. *Journ. f. Largngol., Dec. 1908.*

Lotsch, Fritz, Berlin, Die Kuhnsche Tubage mit Berücksichtigung des Überdruckverfahrens. *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 7.*

Mackenzie, D. v., Retrospect of Laryngology for 1908. *Journal of Laryngol., XXIV, Nr. 1, 1909, Jan.*

Malmsten, K., Fall af valnötstort multilobulärt fibrom, som borttagits fran vänstra stämbandet. (Fall von walnussgrossem multilobulärem Fibrom, von der linken Stimmlippe entfernt. *Svenska läkaresällsk. förhandl., 22. Nov. 1908 (Hygiea).*

Massier, H., Périchondrite tuberculeuse du larynx; épiglottectomie partielle élimination spontanée de séquestres cartilagineux; trachéotomie. *Rev. hébd. de lar., 1908, Nr. 46.*

Maurice, Neues Instrument für Skarifikation und für Kauterisation des Larynxinneren. *Archives internat. de laryngologie, Januar-Febr., 1909.*

Morrison, A. Cressy, Artificial Illuminants in Laryngoscopy. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 2, 1909, Fevr.*

Oppikofer, Ernst, Basel, Zur Frage der Epiglottiszysten. *Archiv für Laryngol., Bd. XXI, H. 3.*

Perretière, Antoine, La fatigue laryngée. *Rev. hébd. de laryng., 1908, Nr. 51.*

Pietri, P., De la laryngectomie partielle par voie latérale. *Rev. hébd. de laryng., 1909, Nr. 13.*

Reardon, Timothy J, Tubercular Ulceration of the Petiolus Region of the Epiglottis. *Laryngoscope, XVIII, Nr. 12, 1908, Dec.*

Scholz, Walter, und **Beck, Karl,** Karzinom und Amyloid des Larynx. *Arch. f. Laryngol., Bd. XXI, S. 396.*

Seifert, Contusion du larynx. *Rev. hébd. de lar., 1908, Nr. 45.*

Siems, Un cas de paralysie du récurrent gauche chez une femme de quarante-neuf ans, survenue le lendemain d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux pour une angine suspecte; traitement par le massage vibratoire extra-laryngé; guérison en dix jours. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 3.*

Smith, Harmon, Multiple Papilloma of the Larynx in Children. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 2, 1909, Fevr.*

Tanturri, Über den bis jetzt unbeschriebenen Sitz eines tuberkulösen Granuloms. *Archives internat. de Laryng., Jan.-Febr. 1909.*

Veillon und **Brelet,** Ein Fall von Kroup bei einer Erwachsenen. Tracheotomie. Heilung. *Archives Générales de Médecine, März 1909.*

Dissertationen:

Audibert, A., Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale. *Bordeaux 1908, 189 S.*

Barlatier, R., La laryngostomie dans le traitement des rétrécissements du larynx. *Lyon 1908, 182 S.*

Franzmann, A. F., Beiträge zur vergleichenden Anatomie und Histologie des Kehlkopfes der Säugetiere mit besonderer Berücksichtigung der Haussäugetiere. *Bern 1907, 120 S., 7 T.*

Jacod, M., Des laryngites aigues à fausses membranes non diphtériques. *Lyon 1907, 40 S.*

Maimin, Hanna, Die laterale Korrespondenz der Lungenkehlkopftuberkulose. *Bern 1907, 14 S.*

Poyet, G., Leucoplasie laryngée. *Paris 1908, 67 S., 1 T.*

Proust, S., Contribution à l'étude du traitement de la dysphagie dans la tuberculose laryngée (notamment par le chlorétone). *Paris 1908, 44 S.*

Trachea. Bronchien. Ösophagus.

Broca, Corps étranger de l'oesophage, tombé dans l'estomae, extrait par gastrotomie. Fremdkörper im Ösophagus; Extrahierung durch Gastrotomie nachdem er in den Magen gelangt war. *La Clinique, 12. März 1908.*

Cauzard, La laryngoscopie directe, la trachéo-bronchoscopie. *Le Larynx, Januar-Februarnummer 1909.*

Domeneck, Cuerpo extraño enclavado en la cara posterior del aritenoides derecho. Fremdkörper, der in der hinteren Fläche des rechten Arytenoidknorpels eingekeilt war. *Revista barcelonesa de Eufermedades de vido, garganta y nariz. Oct.-Nov.-Dec. 1908.*

Elsner, Hans, Die Ösophagoskopie beim Ösophagus- und Kardiakarzinom. *Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 52.*

Guisez, Faits d'oesophagoscopie; considérations sur nos derniers cas d'extraction de corps étrangers de forme irrégulière par l'oesophagoscopie (dentiers). *Rev. hébd. de laryng., 1908, Nr. 45.*

Turner, London, The treatment of a Denture, Swallowed and impacted in the Oesophagus, by means of Killians Oesophageal Tube. *Proc. Royal Soc. Med., Febr. 1909.*

Kaijser, Fritz, Nagra ord om bronkoskopi och oesophagoskopi. (Einige Worte über Bronchoskopie und Ösophagoskopie.) *Upsala läkareSfören förhandl., 1909, S. 102.*

Laval, F., Durée insoupçonnée de l'ulcération et du spasme dans les brûlures de l'oesophage révélée par l'oesophagoscopie. *Rev. hébd. de laryng., 1908, Nr. 45.*

Navratil, D. v., Budapest, Eine neue ringförmige Trachealnaht. *Orvosi Hetilap, 1908, Nr. 47.*

Pierre-Nadal, L., Contribution à l'étude de la physiologie de l'oesophage. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 5.*

Tilley, London, Direct Examination of the Larynx, Trachea, and Oesophagus by Brünings instrument. *Lancet, Nov. 7, 1908.*

Uchermann, V., Fremmedlegeme i lungen. Bronchoscopia inferior. Fjernelse af Fremmedlegemet, helbredelse. (Fremdkörper in der Lunge. Bronchoscopia inferior. Entfernung des Fremdkörpers. Heilung.) *Norsk magasin for lägevidenskaben, 1909, S. 169.*

Wirth, Wien, Ein Fall von spindelförmiger Ösophagusdilatation. *Wien. klin. Wochenschr., 1909. Nr. 9.*

Dissertationen:

Billard, A., Contribution à l'étude des ganglions trachéo-bronchiques au point de vue de l'anatomie et de la physiologie. *Montpellier 1908. 45 S.*

Boisseau, R., Etude clinique des formes asthmatique, cardiaque et congestive de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'adulte. *Bordeaux 1908, 69 S.*

Bordeau, L., Des différents procédés de traitement dans les rétrécissements de l'oesophage et en particulier de l'emploi de l'électrolyse linéaire. *Bordeaux 1907, 65 S.*

Bourgarel, M., Contribution à l'étude des compressions des bronches. Nouveau signe de diagnostic de M. le Dr. Martin du Magny. *Bordeaux 1908, 77 S.*

Cazaux, J., De l'ampliation thoracique. Sa mesure en clinique. Sa valeur au point de vue diagnostic et pronostic dans certaines affections respiratoires. *Bordeaux 1908, 117 S., 6 T.*

L'heureux, M., L'arbre bronchique et les arbres vasculaires sanguins des poumons. Travail du laboratoire d'anatomie. *Lille 1908, 59 S., 8 T.*

Sloog, M., Contribution à l'étude des corps étrangers des bronches et de leur traitement par la bronchoscopie transglottique et sousglottique. *Paris 1908, 95 S.*

Mundhöhle.

Anthony, Henry G., The pigmentation of the mucous membrane of the mouth. *The Journ. of the Amer. med. Assoc., 1908, Nov. 14.*

Butlin, London, The Results of Operations for Carcinoma of the tongue with an Analysis of 197 cases. *Brit. med. Journ., Jan. 2, 1909.*

Craig, Rob. H., Hyperkeratosis Linguae. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 1, 1909, Jan.*

Johnston, R. H., A Large Calculus from Whartons Duct. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 1, 1909, Jan.*

Nielsen, Kopenhagen, Papulo-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweisung von Spirochaete pallida ungefähr neun Jahre nach der Infektion. *Monatsschr. f. prakt. Dermat., Bd. 48, Nr. 2.*

Parassin, J., Budapest, Fall von schwerer Stomatitis gangraenosa toxica, entstanden nach der Wismutpastabehandlung von Beck. *Budapesti Orvosi Ujság, Nr. 48, 1908.*

Pollara, Über die frühzeitige Diagnose des Zungenkrebses. Sulla diagnosi precoce del Carcinoma linguae. *Il Morgagni, 2. März 1909.*

Rouvillois, Relation d'un cas d'insuffisance vélo-palatine. *Rev. hébd. de lar., 1908, Nr. 52.*

Sgobbo, Napoli, Fibroma duro della lingua concomitante con fibromi cutanei della guancia. (Hartes Fibrom der Zunge bei gleichzeitigem Bestehen von Hautfibromen der Wange.) *La Pratica otorinolaringoiatrica, 1908, Nr. 6.*

Spelta, Sopra un caso di lipoma intraghiondolare della parotide. (Über einen Fall von intraglandulärem Lipom der Ohrspeicheldrüse. *Gazzetta degli ospedali, 7. März 1909.*

Dissertationen:

Baudet, E., Contribution à l'intervention chirurgicale dans le traitement du cancer de la langue. *Toulouse 1908, 210 S.*

Becker, Jacob, Über Zungenpapillen. Ein Beitrag zur phylogenetischen Entwickelung der Geschmacksorgane. *Bern 1908, IV u. 82 S., 2 T.*

Le Boucher, J., Complications septiques des lésions dentaires. *Bordeaux 1908, 59 S.*

Guillerme, L., Contribution à l'étude des parotides au cours de la fièvre typhoide. *Paris 1908, 74 S.*

Kühn, Max, Die Obturatorentherapie nicht operierter Gaumendefekte und deren sprachliche Erfolge. *Zürich 1908, 47 S. S.-Abdr. aus der schw. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., Bd. 18, 1908.*

Morel, L., Etude clinique et expérimentale sur les parotides postopératoires. *Paris 1907, 131 S., 2 T.*

Obellianne, M., Des infections des glandes salivaires chez les vieillards. *Nancy 1907, 108 S.*

Semprey, R., Contribution à l'étude des épulis. *Bordeaux 1907, 49 S.*

Sprache und Stimme.

Wells, Walter A., Washington, On the Various Affections of the Voice and Their Local Causation. *The Laryngoscope, XIX, Nr. 3, 1909, March.*

Dissertationen:

Dodinet, G., Contribution à l'étude de l'aphasie hystérique. *Montpellier 1907, 69 S.*

Eberschweiler, Adolf, Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziation. *Zürich 1908, 34 S. S.-A. aus allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 65.*

Géraud, M., Considérations sur les phénomènes endophasiques. *Toulouse 1907, 128 S.*

Moutier, F., L'aphasie de Broca. *Paris 1908, 774 (!) S.*

Séraux, A., Développement du langage chez l'enfant. *Paris 1908, 64 S.*

Tilloy, G., Contribution à l'étude de la surdi-mutité, étiologie, anatomie pathologique, thérapeutique, troubles du langage. *Paris 1908, 68 S.*

Grenzgebiete.

Auld, London, A lecture on Asthma. *Brit. med. Journ., Dec. 1908.*

Brutanon, Hervey, Observations on bronchial Asthma. *The Journ. of the medical society of New Jersey.*

Cartaz, A., Troubles vaso-moteurs de la face. *Rev. hebd. de lar., 1908, Nr. 49.*

Cavatorti, Sulla struttura della ghiandole tiroïde. (Über den Bau der Schilddrüse.) *Il Morgagni, März 1909.*

Daukes, London, Persistent Thymus and Sudden Death. *Brit. med. Journ., Jan. 2, 1909.*

Lloyd, London, Asthma: its Causation and Treatment. *Brit. med. Journ., Jan. 16, 1909.*

Murray, Manchester, The Sings of Early disease of the Thyroid gland. *Brit. med, Journ., Febr. 13, 1909.*

Noll, Würzburg, Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und die Beteiligung des Ophthalmologen an der operativen Behandlung der orbitalen Nebenhöhlen. *Med. Klinik, 1908, Nr. 51.*

Schiller, K. v., Budapest, Kalter Abszess an der Schilddrüse. *Budapesti Orvosi Ujsag, Nr. 33, 1908.*

Sgobbo, Napoli, Fibro-condroma della guancia. (Fibrochondrom der Wange.) *Archivii ital. di Laringologia, 1909, Nr. 1.*

Smith, Stewart, London, A case of thymic death. *Lancet, Nov. 7, 1908.*

Treupel, G., Die Behandlung des Asthma bronchiale. *Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 53.*

Trerotoli, Sympathikus und Schilddrüse. Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Basedowschen Krankheit. *Rivisto critico di clinico medica, 28. Nov. 1908.*

Truffi, Observazioni sull' estirpazione del gozzo. (Bemerkungen über die Kropfabtragung.) *Gazzetta degli ospedali, 25. Febr. 1909.*

Dissertationen:

Bouchut, L., Rôle du rhumatisme articulaire aigu et subaigu dans l'étiologie de la maladie de Basedow et dans la terminaison par l'asystolie. *Lyon 1908, 97 S.*

Casassus, P., De la paralysie faciale au cours du zona cervical. *Bordeaux 1908, 85 S.*

Demellier, R., Contribution à l'étude des anévrismes spontanés de la carotide interne dans son trajet cervical. *Bordeaux 1907, 85 S., 3 T.*

Dupuis, J., Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche par les bains d'air comprimé. *Bordeaux 1907, 69 S.*

Halperin, Katherine, Über die Art der Jodausscheidung bei Basedow-Kranken im Vergleich zu Gesunden und Kropfpatienten. *Bern 1907, 15 S.*

Leykin, Adele, Über die Wirkung von Jod, Jodothyrin und Thyroden auf verschiedene Kropfformen, ihre Nebenwirkung und ihre Wirkung auf den Blutdruck. *Bern 1907, 15 S.*

Lévy, J., L'hématothérapie de la maladie de Basedow. *Paris 1907, 55 S.*

Des Ligneris, Max, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Jods auf die Hundeschilddrüse sowie über die Hyperplasie dieser Drüse. *Bern 1907, 110 S., 2 T.*

Lurje, M., Über ein Teratom der Schilddrüse. *Zürich 1908, 29 S., 1 T.*

Minkiewitsch, M., Tetanie parathyreopriva und Hyperparathyreosis. (Experimentelle Studie aus der chirurgischen Klinik in Basel.) *Basel 1908, 39 S.*

Richard, J., Syndromes basedowiens chez les tuberculeux. *Nancy 1907, 69 S.*

Sâbitt, M. A., Contribution à l'étude des thyroïdites d'origine pneumococcique. (Clin. méd. de l'Univ. de Genève.) *Genf 1907, 69 S.*

Stépanof, G., Sur les rapports des auto-infections avec l'hypothyroidie. *Paris 1908, 96 S.*

Valentin, Francis, Der Einfluss letaler Verbrennungen auf das histologische Bild der Schilddrüse. *Bern 1908, 23 S. S.-A. aus dem Arch. f. path. Anat., Bd. 191, H. 1.*

Weber, E., Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes primitives du médiastin. *Nancy 1908, 102 S.*

IV. Bücherbesprechungen.

J. A. Reinmöller, Rostock, Das dentale Empyem des Antrum Highmori. *44 Seiten bei Behrens, Rostock.*

Verf., Arzt und Zahnarzt, weist zunächst darauf hin, wie unklar bislang noch die Ansichten sind über die Ätiologie des Empyems der Kieferhöhle, weil es noch an sicheren, zu beweiskräftigen Schlüssen führenden Untersuchungsmethoden fehle, um den Einfluss der Wurzelkaries auf diese Affektion klar darzutun; deshalb bei dem einen die Ansicht, dass viele Empyeme dentalen Ursprungs seien, bei dem anderen, dass der nasale Ursprung der häufigere sei. Er weist an 20 Krankheitsfällen nach, wie leicht ein von ihm dann sicher nachgewiesener dentaler Ursprung übersehen worden sei, oder hätte übersehen werden können nach den bisherigen Untersuchungsmethoden,

Die periodontitischen Herde, die Wurzelspitzengranulome der im Bereich der Kieferhöhle sitzenden plombierten Zähne verlaufen oft symptomlos und werden übersehen, weil der Eiter schon in das Antrum durchgebrochen ist, auch können sie fortbestehen und wachsen nach der Extraktion der Zähne, wenn sie nicht speziell noch ausgekratzt worden sind.

Verfasser empfiehlt als sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel das Röntgenbild, das die Granulome an den Wurzeln und ihr Verhältnis zu der Kieferhöhle deutlich zeigt (Abbildungen im Text).

Ferner ist sehr wertvoll die elektrische Prüfung der Sensibilität der Zahnpulpennerven mit dem Induktionsstrom. Hat nämlich ein nicht bis in die Wurzeln gefüllter kariöser Zahn keine Reaktion mehr (Kribbeln) auf den faradischen Strom, so ist seine Pulpa vereitert und an seiner Spitze sitzt höchst wahrscheinlich ein Granulom, das das Röntgenbild dann sicher nachweist.

Besprochen wird auch die jetzt so vielfach geübte Wurzelbehandlung durch die Zahnärzte und deren Gefahren speziell für die Kieferhöhle bei nicht ganz sorgfältigem Vorgehen; ferner Symptome und Diagnose der Sinusitis maxillaris purulenta.

Im Kapitel Therapie bietet Verf. dem Rhinologen nichts Neues. Er vertritt den Standpunkt, dass auch bei chronischen Empyemen, von Arzt und Patient längere Zeit, bis zu zwei Monaten gespült werden solle, bevor man an eine Auskratzung der Höhlenschleimhaut denken dürfe. Er eröffnet die Kieferhöhle mit Trepan nach Cooper vom Alveolarrand, oder nach Desault von der Fossa

canina, je nach Zustand des Alveolarrandes oder der Zähne; macht erst nur ein kleines Loch zum Ausspülen und erst später ein so grosses, dass dann von hier aus so gut als möglich ausgekratzt werden kann, nachher müssen die Patienten Prothesen tragen und spülen oft jahrelang.

Zur Anästhesie benutzte er anfangs Kokain-Adrenalin, später Novokain-Adrenalin, das gar keine Gefahren böte. Die so rasche und überaus günstige, für Arzt und Patient so angenehme Resultate bietende Radikaloperation von Caldwell-Luc scheint Verfasser nicht zu kennen.

Einige Tafeln illustrieren Operationsöffnung und Prothesen. Lindt.

Prof. Dr. P. H. Gerber, Königsberg i. Pr., Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. *Verlag von G. Karger, Berlin, 1909, 457 Seiten.*

Gerber hat sich in der vorliegenden Monographie der mühevollen, aber sehr dankenswerten Arbeit unterzogen, die recht zerstreute Literatur über die so wichtigen Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen zu sammeln und zu sichten.

Er verfolgt dabei den Zweck, die Aufmerksamkeit auf diese Komplikationen hinzulenken in ähnlicher Weise wie die Otologen einst auf die Komplikationen der Mittelohreiterung hinwiesen.

Letzterer Zweck ist, wie dem bekannten Körnerschen Buche zu entnehmen ist, den Otologen gelungen; die Zahl der schweren Mittelohrkomplikationen hat sich vermindert.

Wenn nach dem Erscheinen des Gerberschen Buches nun auch den Stirnhöhlenentzündungen und ihren Komplikationen mehr Beachtung geschenkt wird als bisher, so wird das Verdienst, dies veranlasst haben, Gerber sich in erster Linie anrechnen dürfen.

Und noch in anderer Beziehung sind Monographien wie die Gerbersche dankenswert. Sie lassen leichter die Lücken erkennen, welche an der Vollständigkeit des betreffenden Gebiets vorhanden sind und geben die Anregung, die noch fehlenden Bausteine herbeizuschaffen, ein Umstand, der gerade wieder bei der zerstreuten Literatur der Stirnhöhlen-Komplikationen ins Gewicht fällt.

Die genaue Kenntnis der Stirnhöhlen-Komplikationen ist besonders wichtig weil dieselben nicht nur das Leben, sondern auch ein so wichtiges Sinnesorgan wie das Auge, gefährden können, wenn auch, was insbesondere die Zahl der Erblindungen anlangt, die Kieferhöhle nach Birch-Hirschfelds Zusammenstellung in dieser Beziehung die erste Stelle einnimmt.

Was nun die Frequenz der Komplikationen anlangt, so besassen wir bisher eine, auf ein grosses Material sich stützende Statistik, noch dazu von einem Beobachter, nicht. Gerber gibt zum erstenmal eine solche und findet unter 493 selbst beobachteten Fällen von Stirnhöhlenentzündung überhaupt fast 5% Komplikationen. Allerdings ist der Begriff der Komplikation — und mit Recht — etwas weiter gefasst, als es sonst wohl geschieht und betrifft ausser den Affektionen der Orbita, des Bulbus, der Hirnhäute und des Gehirns auch die des Knochens.

Auf Grund dieses gewiss hohen Prozentsatzes nimmt Gerber in der Behandlung der Stirnhöhlenentzündungen folgenden Standpunkt ein:

1. diejenigen Patienten, welche bei freiem Sekretabfluss keinerlei Beschwerden haben und durch ihre Krankheit weder geniert, noch beunruhigt werden, soll man mit den nötigen Weisungen versehen, sich selbst überlassen, ihnen aber gelegentlich ärztliche Kontrolle empfehlen,

2. diejenigen Patienten, die trotz freiem Abfluss über Stirnkopfschmerz, Kopfdruck, Schwindel und Symptome klagen, die nur auf die Stirnhöhle zu beziehen und einer entsprechenden intranasalen und allgemeinen Therapie nicht gewichen sind, soll man operieren,

3. desgleichen die Patienten, die bei sonstigem Wohlbefinden durch Schnupfen und Katarrhe veranlasste häufige Rezidive ihrer Beschwerden zeigen. Beson-

ders instruktiv in der letzten Beziehung ist, wie Referent hervorheben möchte, ein Fall Piffls — Meningitis serosa nach Stirnhöhleneiterung (siehe Festschrift für Prof. Hans Chiari u. Gerber S. 1253).

Keinem Stirnhöhlenpatienten soll man auf seine direkte Frage, ob seine Krankheit jemals bedenklich werden könne, eine absolute Gefahrlosigkeit garantieren.

In atypischen Fällen ist die probatorische Eröffnung der Stirnhöhle nicht zu scheuen.

Die weitere Frage, die sich selbstverständlich an diese Indikationsstellung knüpft, ist die: Verspricht die Operation Heilung und ist die Operation an sich gefährlich.

Was den ersteren Punkt angeht, so kommt der Verf. an der Hand der Literatur und seiner eigenen Erfahrungen zu dem Schluss, dass die totale Ausräumung der Stirnhöhle und des Siebbeins, besonders nach der Methode von Killian in den meisten Fällen eine ausgezeichnete zur Heilung führende Operation ist — in geübter Hand! —. Die Heilung wird in dem Masse problematischer, als — abgesehen von den frontalen Siebbeinzellen — die Miterkrankung der anderen Nebenhöhlen ausgesprochen ist. Sie hängt ferner im hohen Grade von den Veränderungen im Naseninnern ab.

Sehr beachtlich erscheint dem Referenten in bezug auf die Heilungschancen operativer Massnahmen an der Stirnhöhle der Umstand, dass nach Gerbers Meinung (Seite 3) isolierte Stirnhöhlenentzündungen oft unter Mitbeteiligung nur der frontalen Siebbeinzellen, doch häufiger sind als manche Autoren behaupten, eine Erfahrung, die Referent auf Grund seiner eigenen Beobachtungen voll und ganz bestätigen kann. Von diesem Gesichtspunkt aus führen auch andere Verfahren, wie das verdienstvolle, mit Unrecht nicht mehr so sehr geübte Kuhntsche und auch wenn man von den komplizierteren Fällen absieht die — osteoplastischen Encheiresen bei jahrelang geübter Kontrolle Heilung herbei (Ref.).

Was nun die Gefahren der Operation anlangt, so wird nach Verfs. Meinung uns fortan die Röntgenaufnahme, ebenso wie vor dem Zurücklassen kranker Nebenräume, so vor dem Aufmeisseln höhlenloser Stirnbeine schützen.

Die Freilegung der Dura ist meistens, ihre Verletzung, ebenso wie die Verletzung der Lamina cribrosa, beim Arbeiten im Siebbein von dem vorsichtigen Operateur immer zu vermeiden. Die gefürchteten Gefahren von seiten der Trochlea und des Tränenbeins haben sich als illusorisch erwiesen; die Infektion des Orbitalinhalts kommt fast nie vor.

Was nun die in der Literatur vorhandenen postoperativen Komplikationen und Todesfälle anlangt, so hält nach Gerber eine ganze Reihe derselben ernster Kritik nicht stand und auch wenn man sie gelten lässt und noch die unterdrückten Fälle hinzunimmt, so wird ihre Zahl im Verhältnis zu den ausgeführten Stirnhöhlenoperationen überhaupt nie eine die Operation an sich diskreditierende Grösse erreichen können.

Auch dürfte die Zahl der operativen Unglücksfälle sich in Zukunft vermindern, nachdem die Methodik der Behandlung der Nebenhöhleneiterungen, besonders auch der Stirnhöhle, jetzt mehr ausgebaut ist. Natürlich werden sich operative Unglücksfälle nie vollkommen aus der Welt schaffen lassen, ebensowenig bei den Stirnhöhlenoperationen, wie bei jedem Gebiet der operativen Chirurgie überhaupt. Augenscheinlich ist an den operativen Unglücksfällen nicht die Operation der Stirnhöhle, sondern die Verletzung der Lamina cribrosa bei gleichzeitiger Operation am Siebbein schuld. Dies muss sich aber vermeiden lassen von einem Operateur, dessen Ehrgeiz nicht darauf gerichtet ist, um jeden Preis eine vollständige Ausräumung zu erzielen.

Dieser letztere Standpunkt Gerbers, der Resignation des Operateurs bei ungünstigen Verhältnissen, scheint uns sehr nachahmenswert.

Alles in allem zeichnet die Gerbersche Monographie grosse Gründlichkeit aus, die einschlägige Literatur ist einer sehr gewissenhaften Kritik unterzogen,

die Schlüsse, die Verfasser aus seiner Arbeit zieht, besonders seine Indikationsstellung, verdienen volle Anerkennung und Nachahmung.

Möchte das Buch den Zweck erreichen, den sich Verf. gestellt hat! Jedenfalls kann das Studium desselben nicht warm genug empfohlen werden. Auf weitere Einzelheiten konnte bei der Fülle des Materials nicht eingegangen werden.

Als besonders bemerkenswert möchten wir aber hervorheben, dass allenthalben die Verhältnisse am Ohr in Paralelle gestellt sind.

Die beigegebenen Photographien von Patienten und die der Röntgenaufnahmen sind wohl gelungen. Richard Hoffmann, Dresden.

Dahmer, R., Posen, Obergutachten aus der Praxis eines Ohren-, Nasen- und Halsarztes. *Verlag von S. Karger, Berlin, 1908.*

Wenn Verfasser in seiner Vorrede erwähnt, die Auswahl der in seinem Heft publizierten 13 Gutachten sei mit Rücksicht auf die Seltenheit der Fälle und der sie begleitenden Umstände erfolgt, so werden doch ähnliche Fälle jahraus jahrein allen Spezialärzten, vor allem denen, die in Industriezentren praktizieren und ein grosses Krankenkassenmaterial zu verarbeiten haben, zur Begutachtung überwiesen. Sicher gibt es aber viel schwierigere Fälle als die vom Verfasser angezogenen, wenn es sich z. B. um den Nachweis zwischen Unfall und Erkrankung handelt. Ich erinnere hier nur an lange Zeit nach dem Trauma sich entwickelnde Tumoren oder Eiterungen. Am wertvollsten ist das Gutachten, das von den Beziehungen zwischen Schädigungen des Geruchs, Geschmacks, Gehörs und der Sprache und vorausgegangenem Unfall handelt. Die beigelegte schematische Skizze ist instruktiv, wenn auch die vom Verfasser gezogenen Schlüsse absolut nicht bindend sein können. Die meisten Gutachten sind otriatischen Inhalts und eignen sich daher nicht zum Referat in dieser Zeitschrift. Katz, Kaiserslautern.

Müller, J., Wiesbaden, Die hygienisch-diätetische Behandlung der Syphiliskranken. *Berlin, A. Hirschwald, 1907.*

Auf Grund einer reichen 15jährigen Erfahrung ist der Verfasser wohl berechtigt, einen Leitfaden der hygienisch-diätetisch-physikalischen Behandlung der Syphiliskranken zu schreiben und es ist ihm gelungen, eine fühlbare Lücke in der deutschen Literatur voll und ganz auszufüllen. Im einzelnen behandeln die Kapitel nach einer Einleitung über die Notwendigkeit der Hygiene für die Syphiliskranken die seelische Hygiene, Syphilis und Diät, Alkohol und Syphilis, Tabak und Syphilis, Syphilis und Beruf, Syphilis und Hydrotherapie, Syphilis und Balneotherapie, Syphilis und Klima, örtliche Syphilis und örtliche Hygiene, spezielle Hygiene während der Quecksilberbehandlung, hygienische Prophylaxe, Syphilis und Ehe. Seifert, Würzburg.

C. Chauveau, Les maitres de l'école de Paris dans la période pré-spécialistique des maladies du pharynx, du larynx et du nez. *Paris, J. B. Baillière et fils, 1908.*

Dem Vorwort des Autors geht ein solches von Blanchard, dem Gründer der französischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin voraus. In der allgemeinen Einleitung hebt Chauveau hervor, dass es besonders die Erkrankungen der Larynx sind, deren Kenntnis zurückgeblieben ist wegen der Unmöglichkeit einer Besichtigung bis zur Erfindung des Kehlkopfspiegels; die allgemeine Einleitung enthält sodann je einen kurzen Abriss der historischen Entwickelung der einzelnen Gebiete vor dem 19. Jahrhundert, sodann eine gesonderte Schilderung der Kenntnis der Hals-Nasenkrankheiten, jede der verschiedenen Regionen für sich besprochen, nach Krankheiten angeordnet. Den zweiten Teil nehmen die Meister der Pariser Schule ein, zuerst die Ärzte im engeren Sinne des Wortes (Interne und Pathologen), sodann die Chirurgen. Der gewaltige Aufschwung, den die Medizin vom Ende des 18. Jahrhunderts an in Frankreich genommen hat, findet in einer Reihe hervorragender Namen ihren Ausdruck, Pinel, der als

mutiger Vorkämpfer für eine menschlichere Behandlung der Irren mehr bei uns bekannt ist als in seinen übrigen Leistungen, eröffnet die Reihe. Eine sehr ausführliche Besprechung erfährt Lasègue, dessen grundlegende Arbeiten besonders auf dem Gebiete der Erkrankungen des Rachens diese Ausführlichkeit vollauf rechtfertigen.

Chauveau ist als medizinischer Historiker auf unserem Spezialgebiet durch seine Geschichte der Pharynxkrankheiten bestens bekannt. Das vorliegende Buch bildet für jeden, der sich mit der Spezialgeschichte befassen will, eine Fundgrube und reiche Anregung. Nur ein etwas grösseres Gewicht hätten wir der Chronologie gern beigelegt gesehen. Eine kurze Angabe der Zeit, wann die betreffenden Meister der Pariser Schule gewirkt haben, wäre der Erkenntnis des inneren Zusammenhangs ihrer Leistungen entschieden zustatten gekommen. Bl.

V. Gesellschaftsberichte

Nachtrag zu den Verhandlungen der 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte (s. Bd. I, S. 600 ff.).

H. Gutzmann-Berlin.

Die Atemvolummessung bei normaler und pathologischer Stimm- und Sprachbildung.

Vortragender gewann seine Resultate durch eine in Form eines kleinen Blasebalges konstruiertes Instrument, das mit äusserst geringen Widerständen arbeitete und seine Bewegungen in gradliniger Schreibung auf ein Kymographion übertrug, so dass die Volumwerte ohne Weiteres an den Ordinaten ablesbar waren.

Die Ergebnisse sind besonders für den Gesang wichtig. Unter sonst gleichen Umständen verbraucht das piano erheblich weniger Luft als das forte; beim crescendo resp. decrescendo tritt dementsprechender Volumverbrauch ein. An sich liegt hierin nichts Neues, nur war man bisher nicht imstande, die Intensität der Stimme durch das verbrauchte Volumen in so einfacher Weise und ohne wesentliche Behinderung der Versuchsperson festzustellen. Es zeigt sich auch, dass ein pianissimo gesungener Ton fast stets ein leichtes crescendo, ein fortissimo gesungener fast stets ein leichtes decrescendo wird, selbst wenn sich der Sänger bemüht, dies zu vermeiden. Ebenso hat die Tonhöhe Einfluss auf das verbrauchte Volumen. Je höher der Ton unter sonst gleichen Umständen, desto höher der Luftverbrauch.

Von ganz besonderem Interesse ist der Luftverbrauch der verschiedenen Stimmeinsätze. Es ist wichtig zu wissen, dass der feste Einsatz nicht weniger, sondern mehr Luft verbraucht, als der leise Einsatz. Bisher war man vom Gegenteil fest überzeugt, ohne irgend einen Beweis dafür zu besitzen.

Von den Sprachlauten verbrauchen die Vokale desto mehr Luft, je engere Durchströmungsöffnungen sie haben, so braucht a unter sonst gleichen Umständen am wenigsten, i am meisten Luft. Die Tenues (p, t, k) verbrauchen unter sonst gleichen Umständen mehr Luft als die Mediae (b, g, d).

Die unterhalb der zum Tönen verengten Stimmlippen herrschenden Druckverhältnisse, die durch ältere Erfahrungen (Cagniard-Latour und P. v. Grützner) an Patienten mit subglottischen Luftfisteln festgestellt wurden, entsprechen durchaus den am Volumenzeichner gefundenen Werten.

Harte oder gestotterte Stimmeinsätze gebrauchen auffallend mehr Luft als normale; gestotterte Laute, besonders gestotterte Verschlusslaute, verbrauchen manchmal das fünffache Luftvolumen und noch mehr als die normal gesprochenen Laute.

An dem gezeigten Apparate lässt sich ohne weiteres feststellen mit welcher Genauigkeit der Sänger eine einmal genommene Intensität festzuhalten imstande ist, ob seine Stimmeinsätze Atem verschwenden u. a. m.

Von den zahlenmässigen Ergebnisse seien folgende als Beispiele erwähnt:

1. Tonstärke: Volumverbrauch des Vokals a bei forte = 80, bei piano = 22 ccm in $^{4}/_{25}$ Sekunde.
2. Tonhöhe: Volumverbrauch bei der Tonleiter c bis cI: 60, 65, 70, 75, 95, 90, 115 bei möglichst gleicher Tonstärke.
3. Einsätze: leiser Einsatz = 23, fester = 84, gehauchter = 93 in den ersten $^{4}/_{25}$ Sekunden bei möglichst gleicher Tonhöhe. Autorreferat.

Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft. 56. und 57. Sitzung vom 30. und 31. Oktober 1908.

Dr. Freer-Chicago entwickelte in einem Vortrag seine Methoden für Tonsillektomie und für submuköse Septumresektion und demonstrierte beide Methoden an Patienten.

58., 59. und 60. Sitzung vom 18. November und 16. Dezember 1908 und 16. Januar 1909.

Nur otologische Mitteilungen.

61. Sitzung vom 17. Februar 1909.

Vorsitzender: Dr. G. Kiär. Schriftführer: Dr. Blegvad.

I. N. Rh. Blegvad: Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mittelst Radiumemanation.

Die mitzuteilenden Fälle sind nur als Glied einer grösseren, von Dr. Jansen vorgenommenen Untersuchungsreihe aufzufassen.

Die „Emanation" hat dem Radium selbst gegenüber den Vorteil, dass sie die Schleimhaut des Kehlkopfes, der Lungen usw. direkt beeinflussen kann, also Stellen, die der direkten Bestrahlung mittelst Radium unzugänglich sind. Sie wird in Wasser gelöst und dann mittelst eines Luftstromes wieder fortgerissen und durch eine gebogene Glasröhre gegen den Aditus laryngis geleitet. In jeder Sitzung wurden 200000 Emanationseinheiten verwendet und die Sitzungen wurden täglich oder jeden zweiten Tag wiederholt.

In einem Falle wurde ein ziemlich grosses, in der Regio interarytaenoidea befindliches Infiltrat zum völligen Schwinden gebracht, der Fall ist aber insofern nicht einwandsfrei, als nur einmal Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden und in den Lungen nichts Sicheres gefunden wurde. Ferner sind 4 Patienten mit unzweifelhafter Kehlkopftuberkulose noch in Behandlung; in zwei Fällen sind wenigstens die subjektiven Symptome beträchtlich gebessert, auch haben sich die Geschwüre gereinigt, in dem 3. Falle, wo durch die Milchsäurebehandlung am ehesten eine Verschlimmerung eintrat, haben sich die tuberkulösen Infiltrate unzweifelhaft verkleinert; in dem 4. Falle endlich, einer anfangenden Kehlkopftuberkulose, ist das tuberkulöse Infiltrat fast völlig verschwunden. Es scheinen demnach die vorläufigen Resultate zu weiteren Versuchen aufzufordern.

II. N. R. Blegvad: Fall von gestieltem Angiom der linken Stimmlippe.

35jähriger Mann, seit letztem Sommer heiser, während des Herbstes vorübergehende Besserung, später Heiserkeit wieder zugenommen; 14 Tage vor der Untersuchung entleerte sich plötzlich ohne Husten oder andere Ursache Blut,

wonach die Stimme etwas besser wurde. Bei der Untersuchung fand man an der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der linken Stimmlippe eine hirsekorngrosse, gestielte Geschwulst, weiss, mit leicht höckeriger Oberfläche; sie wird mittelst der kalten Schlinge abgetragen, nur wenig Blutung. Mikroskopie: Angiom. Interessant ist die spontane Blutung mit nachfolgender Besserung, vielleicht der Anfang einer Art Spontanheilung.

III. P. Tetens Hald: Fall von Sinuitus frontalis cholesteatomatosa (mit Demonstration).

2jähriges Kind, vor einem Jahr in der Stirngegend ein Knoten, der sich bis 8 Tage vor der Aufnahme unverändert hielt, dann aber zu wachsen anfing. In der Stirngegend eine mandarinengrosse, fluktuierende Geschwulst; die Röntgenuntersuchung ergab an der betreffenden Stelle einen Defekt der knöchernen vorderen Stirnhöhlenwand. Bei der Operation eine einzige sehr grosse Höhle, deren knöcherne Vorderwand nur in der Peripherie erhalten war; die Höhle mit Cholesteatomassen gefüllt; Heilung in 5—6 Wochen.

Es wäre denkbar, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht um eine Stirnhöhlenentzündung handle, sondern um eine Dermoidzyste, die infiziert worden war und dann auf dem Platz der Stirnhöhle eine mit der Nasenhöhle kommunizierende Höhle gebildet hatte; eine genauere mikroskopische Untersuchung machte es wahrscheinlich, dass es sich tatsächlich um eine Dermoidzyste gehandelt hatte.

Übrigens otologische Mitteilungen. Jörgen Möller.

Berliner laryngolog. Gesellschaft. Sitzung vom 11. Dezember 1908.

1. Herr Schoetz demonstriert ein Präparat von idiopathischer Gangrän des Kehlkopfs. — Diskussion: Herr A. Meyer.

2. Herr Schoetz: Eine modifizierte Stanze für die Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus.

3. Herr Scheier demonstriert Röntgenbilder des Kopfes, die in einem Bruchteil einer Sekunde aufgenommen sind, also fast Momentaufnahmen. Die Organe der Sprache, auch die Weichteile, sind gut erkennbar. Vortragender ist mit Vorbereitungen zur Röntgen-Kinematographie beschäftigt. Er bedient sich des „Grissonator", als des besten Apparates. Diskussion: Herr E. Barth.

4. Diskussion über die Vorträge der Herren Scheier und Peyser über Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie".

Herr Haike: Es ist gelungen, die Aufnahmezeit bis auf 3½ Sekunden zu verkürzen. Die Röntgenographie ist der Diaphanoskopie vorzuziehen. So erlaubt diese bisweilen nicht zu entscheiden, ob Erkrankung oder Fehlen einer Stirnhöhle vorliegt, was durch Röntgenaufnahmen sofort klar wird. Dagegen können auch bei dieser kranke Höhlen hell erscheinen. Da eine genaue Grössenbestimmung der Stirnhöhle möglich ist, kann man auch vor der Operation die voraussichtliche Entstellung abschätzen.

Herr Halle sieht die Bedeutung der Röntgenographie mehr in der Bestimmung der Grösse und Topographie der Höhlen, während sie in diagnostischer Beziehung hinter den klinischen Methoden zurückstehe. Man kann mit ihrer Hilfe feststellen, ob die intranasale Therapie aussichtsvoll ist.

Herr Kuttner: Um Schlüsse aus Röntgenbildern zu ziehen, muss man tadellose Originalplatten in Händen haben, Reproduktionen leisten wenig. In topographischer Beziehung steht die Methode höher als alle anderen, in diagnostischer Hinsicht bestehen noch 3 Schwierigkeiten: 1. beschattete Höhlen können gesund sein, namentlich infolge Knochenverdichtung, die als Spur abgeheilter Entzündungen zurückbleibt; 2. erkrankte Höhlen können normale Bilder geben, was namentlich beim Siebbein und bei akuten Erkrankungen der Fall ist; 3. für die Untersuchung der Keilbeinhöhle sind Längsaufnahme unzuverlässig, während bei Queraufnahmen beide Höhlen sich decken.

Herr Rosenberg: Kontrolluntersuchungen haben ergeben, dass Diaphanokopie die Grösse der Stirnhöhle ungenau widergibt; Röntgenaufnahme gibt zuverlässigere Resultate.

Herr Herzfeld: Man darf die Röntgenographie in ihrer Bedeutung nicht überschätzen, auch die klinische-rhinologische Diagnostik ist recht leistungsfähig. Unter seinen ca. 60 Stirnhöhlenoperationen hatte Vortragender nur einmal keinen pathologischen Befund. Etwas Positives hat in den veröffentlichten Fällen das Verfahren nicht geleistet, es bestätigte immer nur den völlig klaren klinischen Befund. Nur die schwereren Erkrankungen geben einen Schatten, selbst im Siebbein, wo die Methode noch relativ am meisten leistet. Auch die Grössenbestimmung der Höhlen ist nicht ganz sicher und nur von begrenztem Wert. Redner warnt vor Übertreibung.

Herr Haike: Namentlich bei Differentialdiagnose zwischen Stirn- und Siebbeinerkrankung lässt die klinische Untersuchung öfters im Stich; dann ist die Röntgen-Methode eine wünschenswerte Ergänzung.

Herr Halle: Fehlen einer Stirnhöhle ist auch im Röntgenbilde schwer erkennbar, wie ein Fall von B. Fraenkel beweist.

Herr B. Fraenkel bestätigt das.

Herr Alexander: Stirnhöhlen und vorderes Siebbein erkranken meist gemeinsam. Er bezweifelt, dass das Röntgenbild je einen klinisch dunklen Fall wirklich aufgeklärt habe.

Herr Herzfeld: In schwierigen Fällen hat auch die Röntgenuntersuchung versagt. Wenn man sich zuviel von ihr verspricht, ist zu befürchten, dass künftig die klinische Untersuchung zurücktritt.

Herr Peyser (Schlusswort): Es gibt weder enragierte Anhänger noch Gegner der Methode. Zum Beweis, dass sie mehr leistet als Diaphanoskopie beruft er sich auf Fall 4 seiner Arbeit. Von anderer Seite ist auch ein Fall mitgeteilt, in dem Eiterung einer Siebbeinzelle einen Schatten ergab. Vortragender konnte in einem Falle von Erkrankung des hinteren Siebbeins durch Radioscopie die Gesundheit der Keilbeinhöhle erweisen. Nicht nur schwere, sondern auch leichte Erkrankungen geben Schatten im Siebbein, ja leider schon Hyperämie nach einer eingreifenderen Sondenuntersuchung. Damit die Röntgenuntersuchung Wert hat, muss man die Technik genau beherrschen; etwaige photographische Hilfsmittel (wie Verstärkung) müssen angegeben werden. Peyser hat nicht gesagt, dass man mit der Durchstrahlung allein Diagnose stellen soll; sie ist nur eine wertvolle Methode neben den übrigen.

Herr Scheier (Schlusswort): Es ist nicht richtig, dass die Platten korrigiert werden müssen; aber die Aufnahmen müssen so lange unter verschiedenen Bedingungen wiederholt werden, bis sie gute Bilder geben. — Die Vorzüge der Röntgenographie sind unbestreitbar. —

Sitzung vom 22. Januar 1909.

1. Geschäftliches. Wahlen.

2. Herr Halle demonstriert einen Fall von Kehlkopfkarzinom. Eigentümlich ist, dass trotz einer ausgedehnten Infiltration und Immobilisierung der linken Larynxhälfte der Patient erst seit 4 Wochen heiser geworden ist, angeblich im Anschluss an Influenza.

3. Herren Peyser und Landsberger: Indikationen, sowie neuere Methoden und Ergebnisse der kieferorthopädischen Behandlung bei Mundatmung.

a) Herr Peyser bespricht die Rolle der Leptostaphylie als Ursache von Mundatmung. Als beste Abhilfe ist die Gaumendehnung zu betrachten. Unter den so behandelten Fällen im Alter von 12—17 Jahren, die fast alle schon mehrfachen Adenotomien ohne Dauererfolg unterzogen worden waren, wurde 6 mal erhebliche Besserung erzielt.

b) Herr Landsberger (als Gast): Die bisherigen Apparate der Kieferdehnung beruhen entweder auf dem Prinzip der Schraube oder der Feder. Die Schraube wirkt zu brüsk, die Feder lässt bald in der Wirkung nach. Landsberger hat beide Prinzipien kombiniert: Die kräftige Wirkung der Schraube wird durch die Feder zu einer mehr allmählichen gestaltet. — Sein Apparat besteht aus 2 seitlichen Platten, die genau auf die Seitenflächen des Gaumens passen; seitlich sind Ringe angelötet, die um die Bicuspidaten gelegt und hier festzementiert werden. — Bereits nach einigen Wochen sieht man die vorderen Schneidezähnen auseinandertreten, und im Röntgenbild eine hellere Zone in der Medianlinie. Dies beruht auf appositionellem Knochenwachstum von der Gaumennaht aus. — Die untere Altersgrenze für dieses Verfahren bildet das 5. Lebensjahr, die obere ist durch die Verknöcherung der Gaumennaht gegeben.

Sitzung vom 19. Februar 1909.

1. Herr Finder: Fall von Pachydermia laryngis.

Herr E. Davidsohn: Fall von Lupus des Larynx und der Zungenbasie.

3. Herr A. Kuttner: Fall von Rekurrenslähmung (links) bei Aortenaneurysma. Auch rechts besteht eine gewisse Motilitätsstörung und zwar bleibt beim Phonieren der innere Rand des Stimmbands konkav; die Abduktion ist nur wenig beeinträchtigt.

Diskussion: Herr Grabower findet, dass auch die Abduktion nicht unerheblich gestört ist. Beim Phonieren entsteht eine Knickung im vorderen Stimmbandabschnitt, deutend auf Insuffizienz des Cricothyreoideus.

Herr Barth, Herr Kuttner. .

4. Herr Bruck: Pharyngomykosis von ungewöhnlicher Ausdehnung. Vortragender macht auf gelegentliches familiäres Vorkommen aufmerksam.

Diskussion: Herr Landgraf hat 2 Schwestern an Mykosis behandelt, Herr P. Heymann sogar 3 Schwestern.

Herr B. Fraenkel hält das familiäre Vorkommen auch in theoretischer Hinsicht für bemerkenswert.

Herr Finder hat die Knoten mit Konchotom exstirpiert.

Herr Loewenberg: Das weibliche Geschlecht überwiegt stark; Rauchen ist ein gutes Mittel.

Ferner Herr Reichert, Herr Rosenberg.

5. Herr Sturmann stellt einen Patienten vor, den er wegen phthisischer Dysphagie mit Alkohol-Injektionen in die Umgebung des N. laryngeus superior nach Schlösser behandelt hat. Trotz ausgedehnter Zerstörung kann Patient alles schlucken. Zur Injektion werden 1—2 ccm 85% Alkohol, 45° warm, benutzt, und an der Durchtrittsstelle des Nerven durch die Mbr. hyothyreoidea deponiert. Patient hat rechts 2, links 1 Einspritzung erhalten; es besteht völlige Anästhesie für Berührung.

Diskussion: Herr Kuttner hat zu intralaryngealen Operationen regionäre Anästhesie mit Kokain angewendet und sehr gute, bis 24 Stunden anhaltende Empfindungslosigkeit erhalten. Er warnt vor zu grosser Dosis wegen Gefahr des Verschluckens.

Herr Sturmann hat nach Alkoholinjektionen kein Verschlucken beobachtet.

Sitzung vom 19. März 1909.

1. Herr Grabower demonstriert ein Präparat eines Falles von Karzinom des obersten Ösophagusabschnitts. Die Hypopharyngoskopie war unmöglich wegen der festen Verlötung der Larynx an die Wirbelsäule. Wegen der Schluckstörung musste eine Magenfistel angelegt werden, die Patient gut ertrug, bis er an Pneumonie starb. Der (gelähmte) linke Rekurrens erwies sich als komprimiert durch den Tumor; die Muskeln der gelähmten Seite weisen erheb-

liche, makroskopisch erkennbare Atrophie auf. Dieser Befund widerlegt Broeckaerts Ansicht, dass bei Rekurrens-Läsion nur der Thyreo-arytaenoideus externus atrophiere.

Diskussion: Herr Alexander: Die Hypopharyngoskopie gestattet nur, bis zur unteren Grenze des Ringknorpels zu sehen; bei tieferen Läsionen muss man Röhren anwenden.

2. Herr Scheier: Fall von tertiärer Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand. Vortr. hat die Verwachsung scharf getrennt und mit einem Obturator, der mit Stents Masse armiert war, täglich gedehnt; das Instrument ist das von Gutzmann zur Massage des Gaumensegels benutzte.

Diskussion: Herr Rosenberg äussert sich skeptisch über den Dauererfolg; er legt lieber eine Perforation des Velum an.

Herr Herzfeld stimmt dem zu.

Herr A. Meyer macht auf einen Vorschlag Iwanows aufmerksam, die Verwachsung scharf zu trennen, das Zäpfchen in der Frontalebene zu spalten und jede Hälfte, seitlich umgeschlagen, zur Umsäumung des hinteren Randes des Velum zu benutzen.

Herr Heymann weist auf seine Geruchsprüfungen an ähnlichen Fällen hin, welche zeigen, dass der unbenutzte Geruchsinn jahrelang erhalten bleibt.

3. Herr Wischnitz: Präparat von Mediastinaltumor. Der rechte Rekurrens war gelähmt und ist völlig in den Tumor eingebettet; der linke ist mit einer Drüse verwachsen; auf dieser Seite bestand Internus-Parese.

Diskussion: Herr B. Fraenkel: Wenn die Drüse wirklich Ursache der Internus-Lähmung wäre, so wäre das eine Widerlegung des Semonschen Gesetzes.

Ferner Herr Grabower und Herr Herzfeld.

4. Herr Sobernheim: Serologische Untersuchungen bei Ozäna. Um der Frage des syphilitischen Ursprungs der Ozäna nachzugehen, untersuchte Vortr. 17 Patienten, 12 weiblichen, 5 männlichen Geschlechts, mittelst der Wassermannschen Reaktion. Dieselbe fiel stets negativ aus; nur in einem Fall ergab sich bei hoher Koncentration positives Ergebnis, das bei geringerer schwand. Solche Fälle haben nicht als positiv zu gelten. Ein solches Resultat — 100% negativ — ist aber bei keiner Erkrankung, die irgend etwas mit Lues zu tun hat, beobachtet worden. Metasyphilitische Affektionen, wie Tabes und Paralyse, weisen in hohem Prozentsatz positiven Wassermann auf, ebenso Überbleibsel von hereditärer Lues. Man kann daher die Ozäna weder als eine metasyphilitische Nachkrankheit, noch (mit Frese) als auf kongenitaler Syphilis beruhend ansehen.

Diskussion: Herr A. Alexander: Ich habe den gleichen Versuch an 26 Fällen mit gleich negativem Erfolg gemacht (Bd. I. H. 6 d. Zeitschr.). Trotzdem glaube ich, dass man nicht viel aus diesem Ergebnis schliessen darf, denn ein grosser Teil der Ozäna-Fälle hat zweifellos mit Lues etwas zu tun. Wir kennen drei Kategorien, in denen dieser Zusammenhang nachweisbar ist; die Lues nasi mit Sequestern und Geschwüren, zweitens die nach Abheilung dieser zurückbleibende Ozäna, endlich die seit Kindheit bestehende Ozäna, bei der zugleich Zeichen hereditärer Lues vorhanden sind. Auch die Ähnlichkeit zwischen Lues nasi und Ozäna (Atrophie, Fötor, Borkenbildung, gleiche Chemie der Krusten, Einsinken des Nasengerüstes, Heredität) kann keine zufällige sein. Bei beiden finden sich bei der Sektion interstitielle Entzündungen innerer Organe. Endlich ist noch kein sicherer Fall berichtet, in dem ein Ozänatöser sich luetisch infiziert hätte.

Herr Scheier erinnert an die Identität der Ozäna- und Rhinosklerom-Bazillen.

Herr Rosenberg: Im grossen ganzen ist Herrn Alexander beizustimmen; auch ich habe zwei Kinder mit Ozäna und hereditärer Lues gesehen. Dagegen

ist mir Ozäna bei Neugeborenen noch nicht vorgekommen. Auch ist der Geruch der Lues nasi und der Ozäna deutlich verschieden.

Herr Halle: Die Lues ist nur einer von vielen Faktoren in der Ätiologie; die Anämie, die sich bei allen Ozänatösen findet (Widerspruch), ist viel wichtiger. Bei der Mehrzahl der Kranken, auch bei Kindern, finden sich keine Zeichen von Syphilis. Lues nasi erzeugt oft einseitige Borkenbildung, Ozäna aber ist ihrem Wesen nach beiderseitig. (Widerspruch).

Herr Fraenkel: Zwischen Ozäna und Nasenlues besteht der grosse Unterschied, dass erstere nicht auf spezifische Behandlung reagiert. Auch kennen wir Ozäna, die nach Nasenoperationen entsteht. Die negative Serum-Reaktion ist ein sicherer Beweis, dass mindestens ein grosser Teil der Ozaena-Fälle nichts mit Syphilis zu tun hat.

Herr Alexander wendet gegen den Wert der Serumreaktion ein, dass ein Ozänakind von syphilitischen Eltern negativ reagierte.

Herr Heymann: Einseitige Ozaena ist nicht selten und wurde u. a. von Zaufal beobachtet.

Herr Scheier: Ozänatöse sind nicht anämisch, sondern oft blühend und kräftig.

Herr Schoetz: Störck wies der Gonorrhöe der Nase erhebliche ätiologische Bedeutung zu; das dürfte auch heute noch nicht ganz auszuschliessen sein.

Herr Sobernheim (Schlusswort): Luetische Ozäna ergibt natürlich positiven Wasserman, so in einem untersuchten Falle.

I. Russischer oto-laryngologischer Kongress (Petersburg 26.–30. Dezember 1908).[1]

Von etwa 30 abgehaltenen Vorträgen sind folgende rhino-laryngologischen Inhalts.

1. A. Iwanoff, Die Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfes.
2. Schwerschensky, Die Ozänabehandlung mit Paraffininjektionen.
3. Burak, Über die Paraffinprothesen.
4. Script, Bemerkungen zur Tonsillotomie und deren Nachblutungen.
5. Gawriloff, Die Beziehungen zwischen Adenoiden und der Entwickelung im Schulalter.
6. Kreiss, Ein Fall des akuten Aneurysma als Folge der Tracheotomie bei Pseudokrupp.
7. Heryng, Zwanzigjährige chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberkulose.
8. Bloch, Die Kehlkopftuberkulose in Yalta.
9. Kopiloff, Die Inhalationstherapie.
10. Kopiloff, Inhalationstherapie bei Tuberkulose.
11. Schneider, Über Bronchoskopie.
12. De Lenz, Die klinische Bedeutung der Ösophago-Bronskopie.
13. Erbstein, Zur Frage der Technik der Adenoidenoperation.
14. Schwerschensky, Zusammenhang der Erkrankungen der Nase mit denen des Auges.
15. Preobraschensky, Zur Strumabehandlung.
16. Burak, Die endonosale Chirurgie bei den akuten und chronischen Erkankungen der Nebenhöhlen der Nase.

A. Iwanoff.

[1]) Ausführliches Referat vorbehalten. Red.

IV. Versammlung tschechischer Naturforscher und Ärzte. Prag 6.—10. Juni 1908.

I. Doz. Dr. J. Cisler, Zur Prognose und Therapie der Kehlkopftuberknlose.

II. Derselbe, Zur Pathologie der Phonationsstörungen. (S. diese Zeitschr. Bd. I.)

III. Prof. Dr. O. Frankenberger, Das Sklerom der oberen Luftwege in Böhmen.

Auf Grund einer an alle Gemeinde- und Distriktsärzte Böhmens ergangenen Aufforderung wurden dem Autor im ganzen 30 skleromverdächtige Fälle gemeldet. Davon wurden bisher 7 als Sklerom sichergestellt, 7 stellten sich als andere Nasen-, bezw. Rachenkrankheiten heraus, 3 sind ausgewandert, und 13 sind bisher nicht nachuntersucht worden. Alle 7 sichere Skleromfälle stammen ebenso, wie die grösste Mehrzahl sämtlicher bisher aus Böhmen bekannt gewordenen Fälle aus dem nordöstlichen Teile des Landes, und ist es wahrscheinlich, dass die Krankheit aus Oberschlesien und Nordmähren nach Böhmen einwandert.

IV. Dr. V. Guttmann und Dr. Vortruba, Beitrag zur Ätiologie chronischer Pharyngitiden; machen auf den Zusammenhang chronischer Pharingitis mit Magenerkrankungen aufmerksam, welchen sie in 46 Fällen konstatiert haben. Auch ohne Lokalbehandlung Besserung nach Beseitignng der Verdauungsstörung.

V. Dr. V. Guttmann, Beitrag zur Behandlung der Larynxtuberkulose, hat bei zahlreichen Kranken Versuche mit der Sorgoschen Sonnenlichtbehandlung angestellt, von denen er aber nur 8 genau weiter beobachten konnte. Die Erfolge waren gute. Weiter berichtet er über die Erfolge der Bierschen Stauung, die er bei 34 Kranken durchgeführt hat. Bei 33 Kranken wurden die Schmerzen geringer oder schwanden ganz. Objektiv bisweilen Besserung des Befundes, Heilung jedoch wie beobachtet.

VI. Dr. O. Kutwirt, Über Nasenrachenfibrome. Klinischer und histologischer Befund bei 54 Fällen. Wichtig ist, dass in einer ganzen Reihe von Fällen nach mehreren zum Teile erfolglosen Eingriffen plötzlich ein Aufhören des Wachstums und eine Rückbildung bis zum Verschwinden eintrat; und zwar erfolgte diese Rückbildung meist nach der Pubertät. Histologisch fand sich ein sehr gefässreiches Stroma mit kleinzelliger Infiltration.

VII. Derselbe, Über Isoform in der Ohrenheilkunde (otologischen Inhaltes).

VIII. Dr. K. Vymola, Cladotrichosis tonsillarum et Pharyngis, berichtet über zwei Fälle dieser von B. Fraenkel als „Mycosis tonsillaris benigna“ und von Heryng als „Pharyngomycosis leptothricia“ beschriebenen Erkrankung. Die subjektiven Beschwerden waren gering. In beiden Fällen bestand Atrophie der Schleimhaut. Behandlung mit 10% Salizylsäure erfolglos, erst Touchierung mit 5% Sublimatalkohol brachte Heilung. Bakteriologische Befunde.

IX. Derselbe, Über Erkrankung der Zungenmandel. Hauptsächlich sechs Formen unterscheidbar. 1. Ektasie und Varicen (Zeichen einer allgemeinen Atheromatose). 2. Tonsillitis (nach Verletzungen und Stomatitis). 3. Phlegmone. 4. Fremdkörper. 5. Mykotische Form. 6. Hypertrophische Form; bei letzterer histologischer Befund analog dem bei Hypertrophie der Pharynxtonsille.

R. Imhofer.

VI. Kongresse und Vereine.

Verein Deutscher Laryngologen. XVI. Tagung, 30.—31. Mai 1909 in Freiburg i./Breisgau.

Angemeldete Vorträge:

Herr Siebenmann-Basel: Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberkulose (mit mikroskopischen Demonstrationen).

Herr Brünings und Albrecht: Über therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberkulose nebst Bemerkungen über eine verbesserte Methode der Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes.

Herr Avellis-Frankfurt a./M.: Ein neues Verfahren zur Beseitigung der Schluckschmerzen bei schwerer Kehlkopftuberkulose.

Herr Rudolf Hoffmann-München: Über Alkoholinjektionen des Nervus laryngeus superior.

Herr Hinsberg-Breslau: Zur chirurgischen Behandlung der Perichondritis am Ring- und Schildknorpel.

Herr Blumenfeld-Wiesbaden: Kehlkopfbefund bei Paralysis agitans.

Herr Max Senator-Berlin: Einige neue Gesichtspunkte zur Behandlung erkrankter Singstimmen.

Herr Gutzmann-Berlin: Zur Behandlung funktioneller Stimmstörungen.

Herr Marx-Heidelberg: Ätiologisch interessanter Halsabszess.

Herr Edmund Meyer-Berlin: Erfahrungen beim erschwerten Décanulement.

Herr Brünings-Jena: a) Über eine neue Art der direkten Laryngoskopie und der direkten Kehlkopfoperationen (mit Demonstrationen); b) Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre und des Bronchialbaumes, sowie deren klinische Verwertung (mit Demonstrationen).

Herr Schönemann-Bern: Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ozaena.

Herr Richard Hoffmann-Dresden: Zur Kasuistik des Rhinophyms.

Herr Frers-Hamburg: Studien über die postembryonale Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase.

Herr Winckler-Bremen: Über einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterung.

Herr Uffenorde-Göttingen: Beiträge zur Beteiligung des Auges bei Nebenhöhlen-Erkrankungen.

Herr Fackeldey-Cleve: Über die Schwierigkeiten der Diagnose der Nebenhöhlen-Erkrankungen.

Herr H. Horn-Bonn: Die Nachbehandlung operierter Nebenhöhlen.

Herr Henrici-Aachen: Gastroskopie.

Herr von Eicken-Freiburg i./B.: Zur Klinik der Hypopharyngoskopie.

Angemeldete Demonstrationen:

Herr Brünings-Jena: Neue diagnostische und therapeutische Hilfsmittel und deren Anwendung (Kopflichtbad, Untersuchungslampe, Stirnlampe, Tonsillotom, Zungenspatel, Pinselspritze mit Ansätzen, Dilatations-Ösophagoskop, dynamometrische Dilatatoren für den Speiseröhrenmund und die Kardia).

Herr Katz-Kaiserslautern: Sarkom der Nasenscheidewand.

Herr Schoenemann-Bern: Demonstration neuer Nasenspekula.

Herr Walther Haenel-Dresden: Demonstration eines Spucknapfes mit selbsttätiger Wasserspülung.

Herr **Max Mann**-Dresden: a) Demonstration von Moulagen, die nach dem Spiegelbilde des Nasenrachenraumes angefertigt sind; b) Demonstration von Bildern und Photographien nach Sektionsbefunden bei solchen Fällen die in vivo tracheobronchos kopiert waren.

Programm sendet auf Wunsch der Schriftführer Dr. Blumenfeld, Wiesbaden, Taunusstrasse 4.

XVI. Internat. mediz. Kongress in Budapest vom 29. Aug. bis 4. Sept. 1909.

Sektion XV: Rhinologie und Laryngologie.

Bureau:

Präsident: Herr E. von Navratil, IV., Váczi-utcza 40. Budapest.
Vizepräsidenten: H. E. Baumgarten, A. von Irsai, A. Onodi.
Erster Sekretär: M. Z. Donogány, VIII., József-körút 37/39, Budapest.
Beisitzer: H.H. B. Gámán-Kolozsvár, Ch. Morelli, J. Némai, L. Polyák, H. Zwillinger.
Sekretäre: H.H. H. Halász-Miskolcz, M. Klár, C. Láng, Z. von Lénárt, A. Lipscher, D. von Navratil, E. Pollacsek, E. von Tóvölgyi.

Referate:

Barlatier-Roman: Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Baurowitz-Krakau: Zur Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms.
Boumann-Amsterdam und Zwaardemaker-Utrecht: Experimentelle Phonetik vom medizinischen Standpunkt.
Bresgen-Wiesbaden: Heufieber, nervöses Asthma und Verschwellung der Nasenschleimhaut.
Broeckaert-Gent: État actuel de la question des paralysies récurrentielles. (Paralysies d'origine cérébrale et bulbaire.)
Castex-Paris: Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx.
Chiari-Wien: Die Therapie des Carcinoma laryngis.
Citelli-Catane: Vegetazioni adenoidi.
von Eicken-Freiburg i./Br. und Killian: Die Leistungen der direkten Untersuchungsmethoden.
Gluck-Berlin: Die Diagnose und Behandlung des Larynxkarzinoms.
Grossmann-Wien: Über das nasale Asthma.
Hajek-Wien: Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.
Katzenstein-Berlin: Über Phonationszentren.
Killian und von Eicken-Freiburg i./Br.: Die Leistungen der direkten Untersuchungsmethoden.
Kubo-Fukuoka, Japan: Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Massei-Napoli: La sifilide ed i tumori maligni della gola.
Moure-Bordeaux: Traitement opératoire des tumeurs malignes des fosses nasales.
Onodi-Budapest: Über die intrakraniellen und zerebralen Komplikationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.
Sargnon-Lyon: Le traitement chirurgical des Sténoses laryngotrachéales.
Schmiegelow-Koppenhagen: Primary malignant disease of the trachea treated by resectio of the trachea.
Schrötter-Wien: Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.
Semon-London: A Contribution towards the diagnosis and treatment of laryngeal cancer.

Uchermann-Christiania: Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.

Zwaardemaker-Utrecht und Bouman-Amsterdam: Die experimentelle Phonetik vom medizinischen Standpunkt.

Vorträge:

Baumgarten-Budapest: Über die Frühformen der Ozäna. — Biehl-Wien: Rhinogene Meningitis. — Bleyer-New-York: Deep scated diseases of laryngeal and bronchial nature treated by means of sprays and injections with oily preparations. The method of procedure its simple apparatus and medicaments. — Botey-Barzelona: 1. Les injections de paraffine dans l'ozène. Sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection? — 2. Opération radicale du sinusite frontal. — Bourack-Charcoff: 1. Les complications aprés adéno et tonsillotomies. — 2. Contribution à l'étude des reflexes nasaux. — 3. Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine. Considération théoretiques et pratiques 130 cas de correction d'ensellures de nez. — 4. Polype adénoidien de tonsille palatine. — Bresgen-Wiesbaden: Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppel-Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Teil auch als vollwertiger Ersatz des elektrischen Brenners. — Clerc-Mailand: Sulle varieta istopatologicha dei tumori benigni laringei. — Costiniu-Bukarest: 1. Diagnostic de la Syphilis tertiære du nez. — 2. Lupus primitif du Pharynx et Larynx. — Dellà-Vedova-Mailand: 1. Contributi allo patologia della stenosi cronichi laringee. — 2. Osservazioni sullo sviluppo delle cavita nasali nell'uomo. — Fein-Wien: Die einfache Fensterresektion bei Nasenscheidewandverbiegung. — Flatau-Berlin: Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie. — Freudenthal, Wolff-New-York: Brain abscess of nasal origin. — Goris-Bruxelles: Prosopodischisis; Méthode pour ouvrir tous les sinus de la face en une seance. — Guisez-Paris: Faites de trachéo-broncho-œsophagoscopie. Quinze corps étrangers bronchiques et trente œsophagiens opérés et guéris sans endoscopie. Retrécissement cicatriciels infranchissables de l'œsophage ramenés à un calibre normal par l'œsophagoscopie. — Gutzmann-Berlin: Über die Stimme und Sprache der Taubstummen. — Hajek-Wien und Polyák-Budapest: Präparat eines Falles von Myxom der Nasenhöhle und der Schädelbasis. — Halász-Miskolcz: Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen. — Heryng-Varsovie: Vorschläge zur Verständigung in der Aufstellung einheitlicher Normen für Larynx und Naseninstrumente und elektrischer Apparate. — Hudson-Makuen-Philadelphia: Paresis of the Soft Palate and Other Organs of Speech. — Ingals, Fletchner-Chicago: Intranasal drainage of the frontal sinus. — Irsai-Budapest: Über die Verbreitung des Skleroms in Ungarn. — Koenig-Paris: Nouveau speculum permettant l'évaporation instanée du chlorare d'éthyle. — Koschier-Wien: Die operative Behandlung des Larynxkarzinoms. — Ino-Kubo-Japan: Über die wahre Ursprungsstelle und die Radikal-Operation der solitären Choanenpolypen. — Kuttner-Berlin: Thema vorbehalten. — Kyle, Braden-Philadelphia: The Chemistry of the Salivary Secretions (Sialosemeiology) in Relation to Diseases of the Nose and Throat. — Laurens-Paris: De la turbinotomie. Indications et résultats. — Luc-Paris: Complications craniennes et intracraniennes des suppurations du sinus frontal. — Mader-München: Die Technik der Röntgenbehandlung der oberen Luftwege. — Mayer-New-York: Stenosis of the larynx cured by intubation. — Morelli-Budapest: 1. Fistula colli congenita bilateris totalis. — 2. Radikal-Operation der malignen Tumoren der Nase. — Neubauer-Budapest: Die Kehlkopfspieglung bei Kindern. — Pollacsek-Budapest: Sujet réservé. — Polyák-Budapest: 1. Über Prinzipien der intranasalen Chirurgie. — 2. (Vide Hajek). — Raoult-Paris: 1. Des angines ulcéreuses aigues. — 2. Classification des infections amygd. — Réthi-Wien: Die Innervation des weichen Gaumens. — Schiffers-Liége: Les tumeurs des l'amygdale. — Sçdziak-Warschau: 1. Die Frage der

Radikalbehandlung der Larynxtuberkulose in den letzten 50 Jahren. — 2. Über Rekurrenslähmungen. — Seifert-Würzburg: Die tropischen Kehlkopflähmungen. — Steiner-Budapest: Entwicklung der Lehre von der Ozäna. — Taptas-Konstantinopel: De la narcose brométhylique dans les opérations des végetations adénoidennes. — Tóvögyi-Budapest: 1. Die Therapie der Sängerkehlköpfe. — 2. Über eine neue Operationsmethode bei Septum spina crista- und Nasenmuschelhypertrophien. — Vohsen-Frankfurt a. M.: Thema vorbehalten. — Watson-Clifton-Bristol: Models of Osteoplastic method of operation on the frontal sinus. — Zarniko-Hamburg: 1. Korrektur von Septumanomalien. — 2. Nachbehandlung der Nasenwunden. — Zwillinger-Budapest: Über Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 19.—25. September 1909 in Salzburg.

VIII. Internationaler otologischer Kongress zu Budapest 1909.

Preis Leuval.

Herr Baron de Leuval hat anlässlich des III. otologischen Kongresses ein Kapital von 3000 Franks gestiftet, dessen 4jährige Interessen (400 Franks) als Preis einer in den letzten Jahren erschienenen Arbeit auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Gehörorgans durch die in Bordeaux ernannte Jury zuerkannt wird.

Die konkurrierenden Arbeiten sind bis Ende Februar 1909 an den Präsidenten der Jury, Professor A. Politzer, I. Gonzagagasse 19, in Wien einzusenden.

Die Publikation des Urteiles der Jury und die Verabreichung des Preises wird beim VIII. internationalen otologischen Kongress in Budapest im Jahre 1909 erfolgen.

Die Mitglieder der Jury:

Prof. Dr. A. Politzer, Präsident der Jury. Dr. Benni, Warschau. Dr. Gellé, Paris. Prof. Urban Pritchard, London. Prof. Kirchner, Würzburg. Prof. Grazzi, Florenz. Prof. Moure, Bordeaux. Prof. Böke, Budapest.

VII. Personalia.

Dem ständigen Mitarbeiter dieser Zeitschrift, Herrn Professor Dr. Gluck, ist der Titel Geheimer Sanitätsrat verliehen, Herrn Professor Dr. Kirchner in Würzburg der Titel Hofrat.

Dem ständigen Referenten dieser Zeitschrift, Herrn Sanitätsrat Dr. Meissen, ist der Titel Professor verliehen worden, ebenso dem Privatdozenten an der Universität Freiburg im Breisgau, Herrn von Eicken.

Als Privatdozenten haben sich (nach der Presse oto-laryngologique belge) habilitiert Herr Dr. de Carli und Herr Dr. Fommaso Mancioli in Rom, Herr Dr. Karl Grünberg in Rostock, Herr Dr. Walter E. Murphy ist zum Professor am Miami Med. College in Cincinnati ernannt.

Der Privatdozent an der Universität Freiburg, Herr Brünings ist nach Jena übergesiedelt.

Herr Professor Dr. Edmund Meyer ist im Januar dieses Jahres aus der Stellung des Leiters der Kgl. Universitäts-Poliklinik in Berlin ausgeschieden. In Anerkennung seiner Verdienste ist ihm der Rote Adlerorden 4. Klasse verliehen.

Der ständige Mitarbeiter dieser Zeitschrift, Herrn Professor Dr. Paul Heymann ist aus Anlass seines sechzigsten Geburtstages zum Ehrenmitglied der Moskauer und Münchener laryngologischen Gesellschaft ernannt worden. Die Berliner laryngologische Gesellschaft sprach Herrn Professor Heymann, ihrem verdienten, langjährigen Vorstandsmitgliede durch den I. Vorsitzenden, Herrn Geheimen Medizinalrat Fraenkel ihre Glückwünsche aus; die als Nr. 6 des ersten Bandes dieser Zeitschrift erschienene Festschrift wurde durch den Herausgeber überreicht.

Todesfälle.

Herr Professor Dr. Haug in Tübingen.

In Bilbao starb der in seinem Vaterlande sehr bekannte Rhino-Laryngologe Dr. Don Domingo Arrese. Er war im Jahre 1865 geboren, studierte in Volladolid und besuchte mehrere ausländische Kliniken.

Druckfehlerberichtigung.

In Heft 5 des 1. Bandes muss es Seite 563, Zeile 2 von oben statt „Stunden" — „Monate" heissen.

Zur Genese der Septumdifformitäten.

Von

Dr. Leo Katz, Kaiserslautern.

Mit 1 Tafel und 2 Abbildungen im Text.

Die Ätiologie der Septumdifformitäten ist heute noch ein ebenso umstrittener Punkt wie vor mehreren Jahren, wo sie mehr im Mittelpunkt der Diskussion stand. Neuerdings kam auch Zuckerkandl[1]) in seiner Arbeit: „Über die Beziehung der Arteria nasopalatina zu Blutungen bei Septumoperationen“ mit folgenden Worten in einer Fussnote auf dieses Thema zurück.

„Über die Ätiologie der sogenannten physiologischen Septumdeformitäten sind in neuerer Zeit Meinungen geäussert worden, die nicht mehr wert sind als die älteren, bereits aufgelassenen Ansichten über den Gegenstand. Man hat es versucht, dem Hochstand des Gaumens eine wichtige Rolle für das Zustandekommen der Deformation zuzuschreiben. Dieser Gaumenhochstand soll nach einigen auf die Weise entstehen, dass die Nasenatmung durch Hyperplasie der Rachentonsille ausgeschaltet wird und infolgedessen die Nasenhöhle im Wachstum zurückbleibt. Andere legen mehr Gewicht auf den durch die Mundatmung verursachten Wangendruck, der insbesondere im Schlafe, wenn der Unterkiefer weiter hinabsinkt, einen Einfluss ausüben soll. Andererseits wieder werden ganz selbstverständliche Dinge in einer Art hingestellt, wie wenn damit etwas erklärt wäre, z. B. dass die Form eines Knochens abhängig sei von seiner eigenen Wachstumsenergie, und von der seiner nachbarlichen Teile; ferner dass, solange das Wachstum harmonisch abläuft, Abweichungen von der typischen Form nicht eintreten, wohl aber, wenn sich Differenzen in der Wachstumsenergie der sich beeinflussenden Teile geltend machen. Da es sich doch darum handelt, jene Momente zu eruieren, welche die harmonische Entwickelung stören oder gestört haben, so ist klar, dass sich mit solchen allgemein gehaltenen Sätzen nichts anfangen lässt.“

---

1) Festschrift für Prof. Heymann. Zeitschr. f. Laryngologie etc. Bd. I. Heft 6. S. 613.

Bei aller Achtung vor der Autorität Zuckerkandls wäre es doch wünschenswert gewesen, wenn er die Autoren genannt hätte, gegen die sich diese ungewöhnlich scharfe Kritik richtet. Was nun den letzten Teil der oben zitierten Ausführungen betrifft, so melde ich mich hiermit freiwillig als derjenige, der die scharfe Kritik auf sich beziehen muss; finde ich doch Stellen aus meinen Ausführungen [1]) wörtlich zitiert. Gleichzeitig muss ich jedoch hier gegen diese Art des Zitierens Einspruch erheben; die von Zuckerkandl aus meinem Buch zitierten Stellen sind alte Grundgesetze über das Knochenwachstum im allgemeinen, die ich lediglich zum Ausgangspunkte meiner speziellen Ausführungen über die Genese der Difformitäten der Nasenscheidewand gemacht habe; das eine von Rindfleisch [2]), das andere von Roux [3]) formuliert, welche Autoren ich auch gewissenhaft zitiert habe. Eigentlich hätte sich Zuckerkandl mit diesen auseinandersetzen müssen. Warum hat er aber nicht den Schlussatz meiner Ausführungen angeführt, auf den ich wie ich durch Sperrdruck anzeigen wollte, besonderes Gewicht lege.

„Die Difformitäten der Nasenscheidewand sind abhängig von Gestaltungskräften, die in ihr ruhen und von solchen, die von aussen auf sie einwirken.

I. Die in der Nasenscheidewand ruhenden Gestaltungskräfte sind zu suchen
   a) in der embryonalen Anlage (Jacobsonsches Organ, fötaler Knorpelrest),
   b) in der eigenen, natürlichen Wachstumstendenz,
   c) in der Zusammensetzung aus heterogenen Elementen (Knorpel und Knochen), die aus rein mechanischen Gründen (Elastizitätsdifferenz) den von aussen einwirkenden Kräften verschiedenen Widerstand leisten,
   d) in der ererbten Anlage (Rasse oder Familie).

II. Die auf die Nasenscheidewand von aussen einwirkenden Kräfte sind das Nasendach und der knöcherne Gaumen, welch letzterer hauptsächlich in Betracht kommt.
   a) Hat der Gaumen eine ausgesprochene Wachstumstendenz in die Höhe, so resultiert dar-

1) L. Katz, Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. S. S. 37. 1908 (bei Kurt Kabitzsch [A. Stuber's Verlag]).

2) l. c.

3) l. c.

aus eine Raumbeschränkung für das Septum. Dadurch werden Teile von ihm nach der Seite gedrängt und es entstehen Spinen, Cristen und Deviationen im vertikalen Sinn.

b) Der Gaumen hat aber auch eine ausgesprochene Wachstumstendenz in die Länge. Bleibt er nun in diesem Wachstum zurück, so tritt für das Septum wieder eine Raumbeschränkung, und zwar der Länge nach, von vorn nach hinten, ein. Die Folge ist ein Ausweichen in horizontaler Richtung (horizontale Deviationen)."

Dieser Schlussatz ist eine gedrängte Zusammenfassung der vorausgegangenen Beweisführung, und ich glaube dabei gerade auf solche Momente hingewiesen zu haben, die sehr wohl imstande sind, die harmonische Entwickelung zu stören.

Das wissen wir alle genau, dass bei der Vielgestaltigkeit der Difformitäten eine einheitliche Ätiologie nicht existiert und nicht existieren kann; und dass die endgültige Form vom Zusammentreffen der verschiedensten Faktoren abhängig ist und zwar von Faktoren, die sich auf alle Entwickelungsstadien des Individuums beziehen, auf die Keimanlage, das intrauterine Leben, den Geburtsmechanismus, auf das postembryonale Wachstum, vor allem auf die Konsolidierung des Gesichtsskleletts bei und nach der zweiten Dentition, und wenn wir noch traumatische Insulte und Krankheitsprozesse in Betracht ziehen, auf alle Altersstufen.

Von den neueren Autoren misst Mink[1]) den intrauterinen Momenten nur geringe oder gar keine Bedeutung bei; vor allem bezweifelt er, dass vertikal wirkende Kräfte in der Ätiologie der Scheidewandverbiegungen eine grössere Rolle spielen. Von den für ihn in Betracht kommenden, horizontal wirkenden Kräften setzt er an erster Stelle die respiratorischen Druckdifferenzen bei der In- und Exspiration, resp. „die Asymmetrie der Druckschwankungen in der Nase" und zwar im Sinne einer ständigen Summation dieser Kraftwirkungen. „Gutta cavitat lapidem, non vi, sed semper cadendo." Dabei muss ich allerdings hervorheben, dass er vorerst diese seine Ausführungen nur als Hypothese gelten lassen will. Jedenfalls ist aber in seiner Beweisführung oftmals Ursache und Wirkung in ihren Korrelationen schwer auseinander zu halten. Und dann noch eine

---

1) **Zum Entstehungsmodus der Septumdeviationen. Arch. f. Laryngologie. Bd. XX. S. 815.**

Frage: Sind die respiratorischen Druckschwankungen in der Nase bei den farbigen Rassen, bei denen bekanntlich das gerade Septum die Norm bildet, andere wie bei uns?

Es war für mich nun interessant zu erfahren, welche Stellung in der neuesten, rhinologischen Publikation zu dieser Frage genommen wird. Ich meine die Neuauflage des alten Schmidt'schen Standart-Werkes: „Die Erkrankungen der oberen Luftwege", das von Edmund Meyer nach jeder Richtung hin mit den neuesten, wissenschaftlichen Ergebnissen in Einklang gebracht wurde. Da finde ich nun im wesentlichen eine vollständige Übereinstimmung mit meinen Ausführungen; ich finde sogar hier — ob Zufall oder nicht — das von Zuckerkandl so perhorreszierte Wort „Wachstumsenergie" wieder, und zwar in demselben Sinne angewandt wie von mir. Was mir fernerhin bedeutsam erscheint, ich finde von Meyer meine Beobachtung bestätigt, dass der Heredität eine nicht unwesentliche Bedeutung für die Genese der Septumdifformitäten zukommt. Die diesbezüglichen Beobachtungen Meyers erstreckten sich ebenso wie meine Untersuchungen auf die Durchmusterung ganzer Familien.

Auch Freer hat in dieser Angelegenheit vom rein anatomischen Standpunkt aus das Wort ergriffen und zwar in der Besprechung meines oben zitierten Buches[1]). Dabei sind ihm freilich einige schwere Irrtümer unterlaufen. Er schreibt:

„Die Schädelbasis ruht doch auf der Wirbelsäule und belastet diese vermittelst des Hinterhauptbeines. Die Nasenscheidewand, die Oberkiefer und die Gaumenbeine bilden einen sich nach unten erstreckenden Fortsatz der Schädelbasis, welcher frei von ihr nach abwärts ragt, auf nichts ruht und folglich nicht als Träger einer Last wirksam ist. Es gibt daher keine „Belastung der knöchernen Scheidewand durch die Schädelbasis."

Wo habe ich aber behauptet, dass die Schädelbasis nicht auf der Wirbelsäule ruht; wo steht aber in meinem Buch, dass die ganze Schädelbasis die Nasenscheidewand belastet? Schreibe ich nicht ausdrücklich, dass sich das Nasendach aus zwei ganz heterogenen Elementen zusammensetzt, der Schädelbasis und dem Nasenrücken? Geht daraus nicht deutlich hervor, dass dann auch nur der Teil der Schädelbasis in Betracht kommen kann, der eben gleichzeitig Nasendach ist, und nicht die ganze Schädelbasis? Es wäre vielleicht überhaupt korrekter gewesen, wenn Freer geschrieben hätte, dass nicht die Schädelbasis, sondern der Schädel als ganzes auf

---

1) Semons Internat. Zentralbl. 1908. S. 507.

der Wirbelsäule ruht und dieselbe belastet. Wir wissen, dass nach ausgedehnten Laminektomien, durch welche die Wirbelsäule einen bedeutenden Teil ihrer Tragkraft eingebüsst hatte, die Patienten kaum imstande waren, den Kopf aufrecht zu tragen. Aber was soll das erst bedeuten, wenn Freer schreibt, die Nasenscheidewand, die Oberkiefer und die Gaumenbeine bilden einen sich nach unten erstreckenden Fortsatz der Schädelbasis, welcher frei nach abwärts ragt etc. etc.? Das ist eine vollständige Verkennung der Materie. Darauf kam es im vorliegenden Falle nicht an, wie sich die Teile als Einheit gegenüber der Schädelbasis verhalten, sondern lediglich darauf, wie sich die einzelnen Teile unter sich verhalten, also die Nasenscheidewand zum Oberkiefer und zur Schädelbasis. Und da wird Herr Freer doch nicht behaupten wollen, dass sie frei nach abwärts ragt, und dass es keine Belastung der knöchernen Scheidewand durch die Basis gibt. Ist dies aber nicht der Fall, so wird meine Schilderung wohl die richtige sein. Dabei befinde ich mich bei der Verfechtung dieser Theorie in guter Gesellschaft. Absolut anerkannt finden wir dieselbe bei Zarniko[1]). Etwas weniger bestimmt drückt sich Edmund Meyer[2]) aus, wenn er folgendes aufstellt: „Bei verschiedener Wachstumsenergie der das Septum zusammensetzenden Teile macht sich die Wirkung der Verbindungsstellen am oberen Vomerrand bemerkbar, während die Form und die Wachstumsverhältnisse des Gesichtsschädels mehr die ganze Stellung der Nasenscheidewand beeinflussen und zu den Deviationen derselben Veranlassung gibt.“ Aber sowohl Zarniko wie Meyer gehen dabei ebenso wie ich von der Vorstellung aus, dass die Nasenscheidewand eine Strebewand zwischen Nasendach und Nasenboden darstellt.

Ich hätte nun nicht zu dieser Angelegenheit das Wort ergriffen, wenn ich nicht glaubte, meine Beweisführung durch weiteres Material ergänzen zu können. Wir haben gesehen, dass für die Genese der Septumdifformitäten die Wachstumsverhältnisse des Rahmens, vor allem des harten Gaumens eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Was liegt nun näher, als nach einem Beweis e contrario zu suchen. Dabei denke ich zunächst nicht an die Beziehungen des relativ flachen, resp. niedrigen Gaumens zur Gestalt der Nasenscheidewand, obwohl es klinisch eine bekannte Erscheinung ist, dass korrekturbedürftige Septumdifformitäten relativ selten bei Chamaeprosopen vor-

1) Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. 2. Aufl. S. 280.

2) Schmidt-Meyer, Die Krankheiten der oberen Luftwege. 4. Aufl. S. 487.

kommen, welch letztere doch meistens Träger flacher Gaumen sind. Ich möchte vielmehr die Aufmerksamkeit auf die Frage richten: Wie verhält sich die Nasenscheidewand bei Individuen, denen der harte Gaumen ganz oder teilweise fehlt?

Natürlich kommen hier nur angeborene Missbildungen in Betracht, vor allem die Hemmungsmissbildungen, die wir als doppelseitiges oder einseitiges Uranoschisma kennen. Besonders interessant gestaltet sich aber der Fall für uns, wenn der in Frage kommende Patient nicht wegen seiner Missbildung, sondern wegen quälenden Luftmangels in der Nase den Arzt konsultierte. Damit komme ich auf die näheren Details des hier zu erörternden Falles.

Es handelt sich bei dem 16 jährigen Patienten um eine vollständige Spaltbildung des harten Gaumens. Die Spaltbildung des weichen Gaumens war infolge sehr mangelhafter Entwickelung der Teile ausserordentlich weit. Links und rechts neben den Tonsillen, medial von ihnen, sind kleine Läppchen (s. Fig. 1) leicht herabhängend, die den weichen Gaumen repräsentieren. Der Alveolarbogen ist geschlossen; die Cristae nasales resp. incisivae sind nicht vorhanden. Ursprünglich war auch eine doppelseitige Hasenscharte vorhanden, die im ersten Lebensjahr operiert wurde. Auf der Photographie (s. Tafel II) ist die hieraus resultierende Narbenbildung noch deutlich zu erkennen. Fernerhin ist die ausgebliebene Vereinigung der Kieferknochen mit dem Vomer auf beiden Seiten bemerkenswert. Wenn ich oben erwähnte, dass es sich um eine vollständige Spaltung des harten Gaumens handelt, und nun auch die ausgebliebene Vereinigung des Vomers mit dem Processus palatinus des Oberkiefers beiderseits hervorhebe, so scheint ein Widerspruch mit der beigegebenen Photographie (s. Tafel II) vorzuliegen. Die Herstellung der Photographie war infolge der Schwierigkeit einer richtigen Belichtung der tiefen Teile des Rachens ungeheuer schwer, und es ist nicht möglich, auf ihr das alles zu erkennen, was in Wirklichkeit zu sehen ist. Ich habe deshalb noch eine kleine Skizze (Fig. 2) angefertigt, die natürlich recht schematisch das wiedergibt, was man beim Einblick vom Mund aus sieht.

Vor allen Dingen ist das auf der rechten Seite der Photographie (Tafel II) sichtbare Gebilde, das anschenend den harten Gaumen darstellt, nicht als solcher anzusprechen. Vom harten Gaumen ist rechterseits nicht mehr vorhanden wie links. Aber von seinem medialen Rande zieht sich nach der Mitte zu noch eine derbe, beinahe knochenharte Gewebsbrücke nach dem unteren Rande des Vomer. Man sieht übrigens bei genauem Zusehen auch auf der Photographie den medialen Teil als heller belichtete Stelle, die sich durch eine sagittal-

wärts verlaufende Linie vom eigentlichen harten Gaumen scharf abhebt. In Wirklichkeit unterscheidet er sich schon durch seine Farbe vom harten Gaumen und weist uns daraufhin, dass wir es mit einem pathologischen Produkte zu tun haben müssen. Während der Gaumen von normaler, roter Schleimhaut überzogen ist, ist diese Verbindungsbrücke ohne Schleimhautüberzug und imponiert als ganz hellrote Masse. Sie bildet mit dem vorhandenen Teile des harten Gaumens nicht etwa eine Ebene oder ein einheitliches Gewölbe, wie es die normalen, anatomischen Verhältnisse erwarten lassen, sondern sie steigt in steilem Winkel nach dem stark verbreiterten, unteren

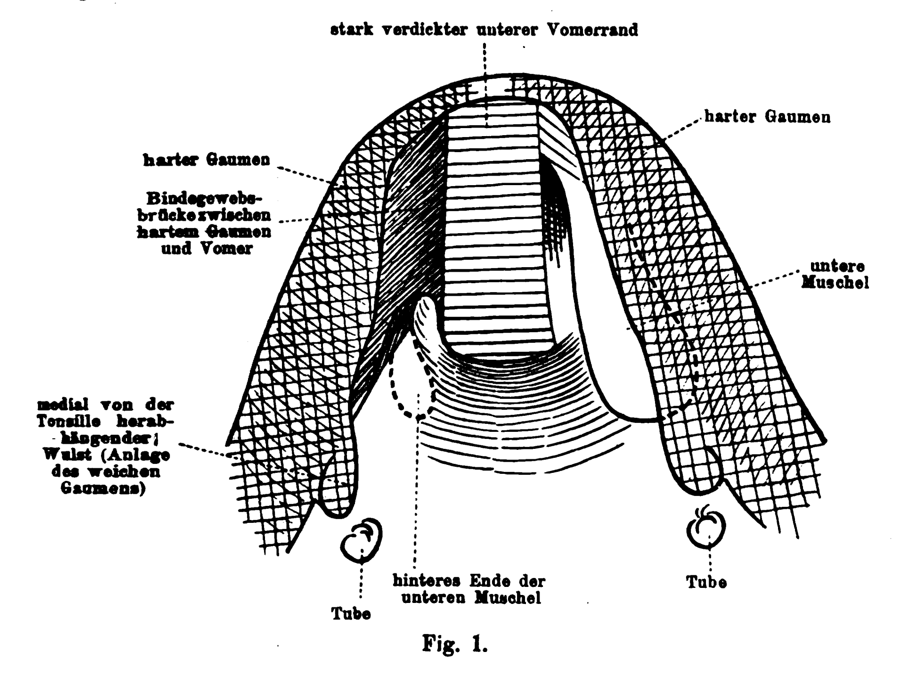
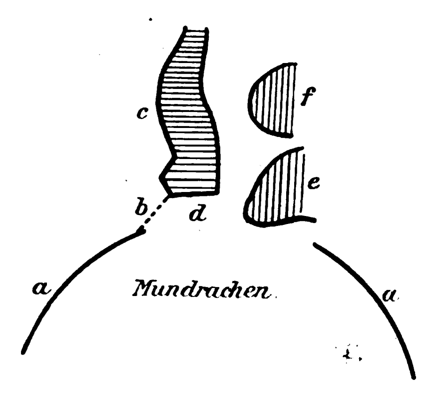


Fig. 1.

Vomerrand empor (s. Fig. 2 b), mit dem sie sich an seiner äusseren Kante vereinigt. Auch hier hebt sich ihre hellrote Farbe mit scharfer Linie vom normalen Schleimhautüberzug des Vomer ab. Die Länge dieser Brücke entspricht nun nicht der ganzen Vomerlänge, sondern nicht ganz $^2/_3$ derselben, so dass das hintere Ende der rechten unteren Muschel über sie bedeutend hinausreicht und vom Mund her deutlich sichtbar ist. Nach hinten läuft diese Brücke in einen schmalen, langen Bogen aus, dessen Konkavität nach der hinteren Rachenwand sieht (s. Fig. 1). Der stark verdickte, untere Vomerrand ragt frei in die Mundhöhle hinein, aber nicht etwa bis zur gedachten Ebene eines normal entwickelten, harten Gaumens, sondern

endigt ca. 1 cm über derselben (Fehlen der Crista nasalis), so dass die linke, untere Muschel unter dem Niveau des unteren Vomerrandes liegt. Linkerseits sind vom Munde her untere und mittlere Muschel in ihrem ganzen Verlauf deutlich sichtbar (s. Fig. 2).

Noch einige Worte über diese merkwürdige Gewebsbrücke. Dieselbe ist sicher intrauterin entstanden; denn sie wurde infolge des auffallenden Farbenkontrastes gleich nach der Geburt von den Angehörigen konstatiert. Sie ist meines Erachtens als das Produkt einer intrauterinen Entzündung aufzufassen, wobei nicht unerheblich sein mag, das direkte, hereditäre luetische Belastung mit Sicherheit vorliegt.



a. Palatum durum.
b. Brücke.
c. Septum mit Deviation und Crista.
d. unterer Vomerrand, frei in dem Mundrachen reichend.
e. untere Muschel.
f. mittlere Muschel.

Fig. 2.

Was den Nasenbefund angeht, so ist rechts eine starke S-förmige Deviation mit grosser Konvexität nach rechts, verbunden mit einer typischen Septumleiste und Hackenfortsatz zu konstatieren, und zwar in so starkem Masse, dass das Lumen der rechten Nasenseite sehr verengt erscheint. Patient hat ja auch, wie bereits erwähnt, selbst sehr störend den Luftmangel auf dieser Seite empfunden. Die linke Seite ist weit. Das Septum zeigt hier ausser kleinen Unebenheiten keine Sonderheiten, ausgenommen natürlich, dass hier der Nasenboden vollständig fehlt.

Als die wesentlichsten Punkte unserer bisherigen Ausführungen möchte ich hervorheben:

I. rechts: Nasenboden: aussergewöhnlich hoch,
Septum: grosse Deviation und stark ausgeprägte Crista,

links: Nasenboden fehlt,
Nase weit; Septum ohne besondere Merkmale.

II. Die abnorme Höhe des rechten Nasenbodens ist in diesem Falle offenbar als Folge pathologischer Prozesse zu betrachten, die sich während des Fötallebens abgespielt haben.

Dieser letzte Punkt muss meines Erachtens bei der Genese der Septumdifformitäten mehr als bisher unterstrichen werden. Wir wissen, dass die Bildung des Kiefers in einer sehr frühen Periode des intrauterinen Lebens mit der Entwickelung von vier winzigen Vorsprüngen in der Nähe der zentralen Portion derjenigen Fläche des rudimentären Kopfes beginnt, welche später das Gesicht bildet. Man bezeichnet dieselben als obere oder Stirnfortsätze oder Stirnwülste und als rechts und links liegende Oberkieferfortsätze; im zweiten Monat erscheint schon die erste Anlage des Vomer, im dritten erfolgt schon die Verbindung mit der Anlage der Pars perpendicularis und der Cartilago quadrangularis. Durch diese frühzeitige Anlage der für uns in Betracht kommenden Organe, Gaumen und Nasenscheidewand, sind dieselben den Fährlichkeiten der ganzen Schwangerschaftsdauer ausgesetzt. Dazu kommt die oberflächliche Lage dieser Teile, die fortgeleiteten Druck und Erschütterungen des Uterus sehr oft aushalten müssen. Die häufigste Folge dieser direkten Traumen werden wohl Frakturen sein. Manche Spina dürfte auf hieraus resultierende Kallusbildung zurückzuführen sein. Ziegler[1]) erwähnt ausdrücklich, Erschütterungen des Uterus können sehr wahrscheinlich die Embryonalanlagen direkt schädigen. Nehmen wir zu diesen äusseren Ursachen noch die Störung der Sauerstoff- und der Ernährungszufuhr hinzu, ferner Loslösungen des Eies und Blutungen aus der Decidua, zu den Gefahren, die speziell das Gesichtsskelett treffen können, abnormes Verhalten des Amnions, so sind doch darin genug Möglichkeiten gegeben, die ein abnormes Wachstum begründen können. Nach Ziegler[2]) ist freilich noch strittig, wie weit Verbindungen des Amnions mit dem Fötus, primäre Verklebungen und Verwachsungen später sich einstellende Entzündungen hervorrufen können. Auch Konstitutions- und vor allem Infektionskrankheiten sind, abgesehen von ihrer direkten Vererbungsmöglichkeit, wie z. B. bei Lues oder Tuberkulose, nicht ohne Einfluss auf die mechanische Entwickelung des Fötus, insofern die intrauterinen Entzündungsprozesse oftmals auf sie zurückzuführen sind.

Wenn ich das Ergebnis dieser Ausführungen kurz zusammenfasse, so ist es doch sicher mehr als Zufall, dass in diesen

1) **Allgemeine Pathologie.** 8. Aufl. S. 482.
2) l. c.

durch so aussergewöhnliche Merkmale verschärften Falle die so stark ausgeprägten Difformitäten des Septums auf der Seite der exzessiven Gaumenhöhe sind, so dass wir nicht umhin können, ein absolutes Korrelat zwischen Gaumenhöhe und Difformität der Nasenscheidewand aufzustellen. Wir werden fernerhin in Zukunft die intrauterinen Einflüsse noch genauer studieren müssen. Dass dieser eine Fall nach der Richtung hin absolut noch nicht beweisend ist, brauche ich nicht besonders zu erwähnen; er zeigt aber den Weg, dass wir doch Föten und Neugeborene vor allem auch Individuen mit Hemmungsmissbildungen des harten Gaumens eingehend beobachten müssen.

Ich glaube aber immerhin, dass weder die eine Ursache noch die andere allein für die Entstehung der Septumdifformitäten verantwortlich zu machen ist; es wird sich immer um das zufällige Zusammentreffen von mehreren Faktoren handeln, von denen die endgültige Form des Septums abhängig ist. Wenn ich früher behauptete, die Difformitäten der Nasenscheidewand sind abhängig von Gestaltungskräften, die in ihr ruhen und von solchen, die von aussen auf sie einwirken, so wird hinzuzufügen sein, dass sie drittens abhängig sein können von entzündlichen Prozessen oder Traumen, die während des intrauterinen Lebens das Individuum treffen.

Aus der Universitätspoliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke sowie der Ohrenabteilung der Friedrich-Wilhelm-Stiftung in Bonn (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Walb).

Die Schwierigkeiten und Komplikationen der submukösen Operation bei Scheidewanddifformitäten.

Von

Dr. H. Horn, Assistenzarzt.

Mit 1 Abbildung im Text.

Nachdem Killian (1) seine Methode über „Die Fensterresektion der Nasenscheidewand" herausgegeben hatte, wurde dieselbe sehr bald Allgemeingut der Rhinologen, wie aus den Publikationen hervorgeht, die sich der Killianschen Mitteilung anschlossen. Es fehlte nicht an Vorschlägen über Modifikationen der Methode und der von Killian empfohlenen Instrumente. Es war besonders Freer (3), welcher zwei Jahre später in einer im „Archiv für Laryngologie" erschienenen Arbeit die Grundmethode mit einigen wesentlichen Abweichungen veröffentlichte, die sich sowohl auf die Schnittführung wie auf die dabei benutzten Instrumente bezogen.

Es erscheint uns von Vorteil, an einer grösseren Reihe von Fällen die Vorzüge beider Methoden gegen einander abzuwägen, und konnte ich im hiesigen Friedrich-Wilhelm-Stift, dank dem Entgegenkommen meines Chefs, Herrn Geheimrats Walb, 110 Fälle operieren, die alle der Universitätspoliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke entstammten und an ihnen die Brauchbarkeit der verschiedenen Methoden studieren. Die Fälle wurden alle, mit verschwindenden Ausnahmen, stationär behandelt. Wir hielten diese stationäre Behandlung für sehr wichtig, da die Ursache etwaiger Komplikationen bei ambulatorischer Behandlung nicht immer konstatiert werden kann.

Die beiliegende Tabelle bietet eine Übersicht über die ca. 100 Fälle, um so eine Vergleichung beider Methoden anstellen zu können. Wegen der Überfülle des sich bietenden Materials nahm ich für mich nur diejenigen Fälle, die technisch schwer zu operieren waren, oder bei denen dringende operative Indikationen vorlagen. Es sind darunter nur wenige rein knorpelige Verbiegungen; Fälle dieser Art

gehören selbstverständlich der typischen Killianschen Methode an, weil durch diese ein idealer Erfolg in 8—10 Minuten erzielt werden kann; sie stehen ausserhalb unseres Planes.

Die strenge Klassifikation der verschiedenen Scheidewandverbiegungen, die Freer anstrebt, ist für unsere Arbeit kaum brauchbar, weil unser Interesse nur auf die Technik und die operativen Schwierigkeiten gerichtet ist. Ich brauche daher Bezeichnungen, welche die anatomische Beschaffenheit der vorliegenden Scheidewanddeformitäten erklären.

Unter „Deviatio occlusiva" fasse ich also diejenigen Fälle zusammen, bei denen ein totaler Verschluss der betreffenden Nasenhälfte vorliegt, so dass die nasale Atmung äusserst erschwert, die Einführung einer Sonde fast unmöglich und eine Besichtigung des Naseninneren gänzlich ausgeschlossen ist.

Als „Deviatio traumatica" führe ich lediglich die Fälle an, die zweifellos als traumatisch durch die Krankengeschichte festgestellt werden konnten.

Von den übrigen „Deviatio occlusiva" genannten Fällen sind höchstwahrscheinlich die meisten doch ursprünglich traumatisch. Nur bei denjenigen, wo eine enorme Bulla der Concha media oder eine vergrösserte untere Muschel vorgefunden wird, scheint die Ätiologie der Verkrümmung eine andere zu sein.

Der Typus der Scheidewandverdickung, den ich spindelförmig nenne, kommt relativ selten vor (8 Fälle). Charakteristisch für denselben ist eine ganz symmetrische Anschwellung der Scheidewand, die sich nach dem Nasenboden hin verjüngt. Häufig finden wir ihn in Kombination mit anderen Formen, und zwar dicht am Keilbeinkörper. Die Verdickung zeigt sich jedoch nicht nur am hinteren Teil der Scheidewand, sondern es kommt auch vor, dass sie sich über die ganze Scheidewand erstreckt.

Fassen wir nun unsere Fälle zusammen, so haben wir:

Deviatio der knorpeligen Scheidewand	3
Deviatio simplex	17
Crista allein ohne Deviatio	10
Spindelförmige Scheidewandverdickung	8
Deviatio mit Crista, Verwachsung, Subluxation etc.	32
Deviatio occlusiva	3
Deviatio „ „ „ „	3
Deviatio traumatica simplex	4
Deviatio „ mit Crista etc.	6
Deviatio „ occlusiva	12
Deviatio „ „ mit Crista etc. . .	12
	110

Also haben wir ungefähr ein Drittel oder mehr Fälle, deren Ursache bestimmt traumatisch ist, und diese sind fast alle schwere und komplizierte Verbiegungen.

Dass beim männlichen Geschlecht ein operativer Eingriff hier bedeutend öfter notwendig wird, dürfte wohl bekannt sein. So sind unter den von mir ausgeführten Fällen ungefähr 86 % (männlich 95, weiblich 15).

Ein Blick auf die Alterstabelle ist hier ebenfalls von Interesse:

Alter	Männl.	Weibl.	Zusammen
Bis zum 15. Jahre	4	2	6
16. „	5	2	7
17. „	2	1	3
18. „	8	0	8
19. „	13	2	15
20. „	12	1	13
21. „	8	0	8
22. „	9	1	10
23. „	11	3	14
24. „	5	0	5
25. „	2	0	2
26.—30. „	9	2	11
31.—35. „	2	0	2
36.—40. „	3	0	3
41.—45. „	0	1	1
46.—50. „	2	0	2
	95	15	110

Dass die meisten Fälle im Alter von 16—30 Jahren vorkommen, erklärt sich folgendermassen: Meine Patienten waren fast ausschliesslich Fabrikarbeiter, Tagelöhner usw., deren Beruf mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden ist. Im Alter von 15—25 Jahren fängt die schwere Arbeit an; jetzt erst macht sich auch die Störung beim Atmen unangenehmer bemerkbar. Kliniken sind für sie durchweg leicht zu erreichen; vor einer Operation schrecken sie nicht zurück, und ein bequemer Aufenthalt im Hospital bei guter Verpflegung und vor allem ohne anstrengende Arbeit kommt ihnen meist nicht unerwünscht. In den 30er Jahren nimmt die Zahl der Patienten rapid ab, höchstwahrscheinlich weil die Leute sich dann an erschwertes Atmen gewöhnt haben, oder weil die Schleimhaut in diesem Alter im allgemeinen weniger angeschwollen ist.

Ehe wir zu unserem Hauptthema übergehen, möchte ich noch einige Bemerkungen hinsichtlich des Instrumentariums und der anderen operativen Details machen. Fast jeder Operateur, der mit dieser Operation sich beschäftigt, hat ein besonderes Instrumentarium konstruiert; daher ist wegen der Individualität desselben ein Rat wenig angebracht. Zwei Hauptgruppen sind hier zu unterscheiden; ihre Anwendung hängt im allgemeinen davon ab, ob die Schleimhaut stumpf oder scharf abgelöst werden soll. Leicht voneinander zu unterscheiden sind das Killiansche Instrumentarium mit seinen stumpfen Elevatoren und das Freersche mit seinen scharfen. Leider sind in Europa die Originalmodelle des letzteren erst später bekannt geworden; sie werden heute nach genauer Angabe des Erfinders bei Windler (Berlin) fabriziert.

Zweifellos kann man in leichten und mittelschweren Fällen mit dem Killianschen Instrumentarium auskommen, obwohl ich persönlich schneller und bequemer mit dem Freerschen arbeite. Jedoch in schweren Fällen von traumatischen Deviationen, bei scharfer Crista oder in solchen Fällen, wo eine spindelförmige Verdickung dicht am Keilbeinkörper vorliegt, sind die dünnen, langen und mehr gracil geformten Elevatoren nach Freer kaum zu entbehren. Es gibt noch ein anderes Instrument, dessen Anwendung ich im folgenden darstellen will, weil es in der letzten Arbeit von Freer nicht abgebildet ist, nämlich das kleine, scharfe, auf der flachen Seite gebogene Raspatorium; es ist bei einer bestimmten Klasse von Fällen unentbehrlich. In denjenigen Fällen nämlich, wo sich eine Crista nahe am Nasenboden befindet, oder ganz besonders, wo auf der einen Seite eine starke Konkavität, auf der anderen eine scharfe Crista vorhanden ist, ist die Ablösung des Perichondriums mit einem geraden Instrument fast unmöglich.

Was das Instrumentarium weiter betrifft, so sind einige Worte über den Gebrauch von Retraktoren und vom Nasenspekulum zu sagen. Freer nimmt bei der Anwendung seiner langen Retraktoren die Hilfe eines Assistenten in Anspruch. Bei dem selbsthaltenden von oben nach unten wirkenden Nasenspekulum aus Federdraht[1]), ist der Assistent überflüssig, da der Operateur eine befriedigende Übersicht über das Operationsgebiet behält. Es ist allerdings darauf zu achten, dass die Spannung der Feder nicht zu stark ist; jedenfalls aber wirkt der konstante Druck der Feder beruhigender auf den Patienten als der wechselnde Druck der Hand eines Assistenten.

Allerdings hält dieses Spekulum nur den vorderen Teil der Nase

1) Pfau, Berlin.

offen, dennoch ist er dem Killianschen Spekulum für Rhinoscopia media vorzuziehen, da dieses den Nachteil hat, dass bei zu starker Spannung die Schleimhaut leicht reisst, und da seine Öffnung zu klein ist. Deswegen ziehe ich es vor mit der einen Hand ein Freersches Elevatorium als Schleimhaut-Retraktor zu benutzen und mit der anderen das Instrument, so wie es der Zweck erfordert, einzuführen.

Beim Gebrauch der neuen Septumzange nach Brünings (7) wird die Operationsdauer fast auf die Hälfte verkürzt. Es lassen sich dadurch leicht sehr grosse Stücke des dünnen Teiles der Knochenscheidewand entfernen. Die so gefürchtete Extensionsfraktur ist bei Gebrauch der Zange in mehreren hundert Fällen nicht vorgekommen. Mir zugegangene private Mitteilungen, sowie die mir zur Verfügung stehende Literatur bestätigen diese Behauptung. Zum Entfernen der Crista genügt manchmal ein Meissel; jedoch ist die Beseitigung derselben mit einer scharfen Zange weniger schmerzhaft. Deshalb ist die Anwendung einer passenden Zange, namentlich bei Verdickung des Vomers oder der Lamina perpendicularis zu empfehlen. Die neue „verstärkte Freer-Grünwaldsche Zange" (bei Windler, Berlin, konstruiert), die Freer in seiner letzten Arbeit beschrieben hat, kann ich nach öfter angestelltem Vergleiche mit anderen schneidenden Zangen nur wärmstens empfehlen.

Eine grosse Erleichterung bei der Operation bietet noch die Anwendung von Tupfern, die aus mit Watte umwickelten Holzstäbchen bestehen und die sehr billig herzustellen sind. Die bei den Metzgern gebräuchlichen 58 cm langen „Holzdrähte" bricht man in vier Teile und benützt diese als Watteträger. Wegen ihrer Billigkeit (ungefähr 1000 Stück für Mk. 1,80) kann man sie nach dem Gebrauch einfach wegwerfen.

Es wäre jetzt zunächst die Anästhesie zu besprechen. In den letzten Beiträgen der Killianschen Schule über die submuköse Fensterresektion der Nasenscheidewand hat Killian (2) selbst seine neue Methode, die Septumschleimhaut durch perineurale Injektionen zu anästhesieren ausführlich beschrieben. Es ist bei engen Raumverhältnissen und starken Verbiegungen, wie Killian selbst zugibt, oft sehr schwierig, seine beiden Injektionspunkte aufzufinden. Es gehört auch eine grössere technische Fertigkeit dazu, und diese fehlt oftmals. Die Technik bedingt hier grösstenteils den Erfolg. Ist sie mangelhaft, so ist die Anästhesie unzureichend, die Blutung stark und die ganze Operation leidet darunter. Obgleich im allgemeinen Nebenwirkungen nicht störend eingreifen, ist mir dies trotz sorgsamer Anästhesie zweimal vorgekommen.

In Fall Nr. 20 ist eine 20jährige weibliche Person unmittelbar nach der Einspritzung ohnmächtig geworden, so dass die Operation hinausgeschoben werden musste. Im Fall Nr. 84 trat sofort nach der Einspritzung ein plötzlicher unerträglicher Kopfschmerz ein.

Sei die Ursache nun mangelhafte Technik oder Anwendung einer zu grossen Dosis von Kokain, das Faktum bleibt; dass man gegen unangenehme und störende Erscheinungen nicht immer gefeit ist. Noch ein anderer Nachteil der Einspritzungsmethode besteht, nämlich dass die Nasengänge und Muscheln nicht zu gleicher Zeit mit der Scheidewand kokainisiert werden können. Es braucht nicht betont zu werden, dass der Überblick über den Teil der Scheidewand, den die geschwollene Muschel bedeckt, ausserordentlich wichtig ist, und auch dass in einem freien und unempfindlichen Felde die Arbeit leichter vor sich geht. Wir haben aber eine Methode, die alle Bedingungen einer idealen Anästhesierung der Scheidewand erfüllt, ein fast blutfreies Arbeitsfeld liefert, eine totale Abschwellung der Nasengänge und Muscheln bewirkt, die unangenehme Nebenwirkung einer Kokainvergiftung ausschliesst, keine grosse Technik erfordert und die Anschaffung eines neuen Instruments überflüssig macht. In unzählbaren Fällen von Nasenoperationen im allgemeinen, wie auch von Scheidewandoperationen im besonderen, ist die von Freer (3) gegebene Methode angewandt worden und sie entspricht allen Anforderungen, die man an eine ideale Anästhesierung stellt, weshalb ich sie hier so ziemlich ihrem Wortlaute nach folgen lasse. Es wird zuerst Adrenalin, 1 auf 1000 mit einem Wattepinsel auf die Schleimhaut zu beiden Seiten der Scheidewand ausgiebig aufgetupft, dann wird reines, gepulvertes oder fein kristallisiertes Kokain mit einem kleinen, feuchten Wattepinsel in die Schleimhaut eingerieben. Dass hierbei nie Intoxikationssymptome erscheinen, erklärt sich dadurch, dass, mit einer starken Kokainlösung verglichen, die verbrauchte Quantität des Mittels sehr gering ist und eine Resorption weniger verursacht wird, weil eine energischere Gefässzusammenziehung stattfindet.

Was die Tamponade betrifft, so betont Brünings (7) (Verein deutscher Laryngologen, 1908), dass er mehrere Jahre lang versucht habe, eine vorteilhafte Tamponade ausfindig zu machen. Sieben Punkte gibt er an, welche ihm früher hinderlich waren. Die erste und grösste Schwierigkeit, auf welche er stiess, war, eine Substanz zu finden, welche ihre Elastizität nicht verliert und zugleich leicht steril gemacht und erhalten werden kann. Ich war einigermassen überrascht, von ihm selbst zu hören, dass er nie von dem „sterilized absorbent lint“ gehört habe, welches Freer (3) im Archiv für Laryngo-

logie schon vor mehreren Jahren besprochen hatte, und welches seitdem täglich angewandt wird. Leider hat ein so einfaches und zugleich hervorragendes Tamponadematerial sich noch nicht so allgemein Eingang verschafft, wie man es bei seiner Zweckmässigkeit erwarten dürfte.

„Sterilized absorbent lint" ist ein weiches, filzartiges, etwas elastisches Tuch, das in Amerika und England sehr viel als Verbandmaterial gebraucht wird. In Deutschland kommt es gewöhnlich unter dem Namen „English Lint" in den Handel. Es wird in schmale Streifen $1/2 \times 15$ cm zerschnitten, mit Bismutum subnitricum gründlich eingerieben, durch Dampf sterilisiert und so in geschlossenen Glasbehältern aufbewahrt.

Ich habe die Methode von Freer beim Tamponieren folgendermassen angewandt. Das eine Ende des Streifens wird mit einer feinen 12 cm langen Nasenpinzette gefasst und dann bis hinter die abgetragene Verbiegung in die Nase eingeführt und auf den Nasenboden niedergedrückt. Der folgende Streifen wird auf dieselbe Weise eingeführt, während das freie Ende des ersten Streifens mit dem Finger gegen die Oberlippe gehalten wird. Dieses Verfahren setzt man fort, bis eine genügende Anzahl parallel geschichteter Streifen das Nasenloch nahezu ausfüllt. Jetzt wird in die noch gebliebene Lücke ein letzter Streifen in kleinen Falten eingeschoben. Die beschriebene Tamponade hat folgende Vorzüge: Das Bismutum subnitricum ist ein vorzügliches Antiseptikum, hält den Tampon eine ganze Woche frisch und geruchlos, ist ungiftig und reizt die Schleimhaut nicht. Der allmähliche Aufbau der Streifen hält sie ohne Naht aufeinander. Da die Streifen regelmässig geschichtet sind, hat der Tampon nirgends drückende Vorsprünge, sondern schmiegt sich überall flach an. Wegen dieses gleichmässigen Aufbaues füllt das Material das ganze Nasenloch, und es kann, nachdem die Wirkung des Adrenalins und Kokains aufgehört hat, keine Blutung eintreten.

Im folgenden Abschnitt stelle ich nun den von Brünings aufgezählten Schwierigkeiten sieben Punkte entgegen, welche diese Schwierigkeiten zu lösen mir geeignet erscheinen. Werden die obengenannten Methoden des Anästhesierens und Tamponierens angewandt, so ist: 1. Die Einführung des Tampons schmerzlos. 2. Das Kontrollieren und Adaptieren von Einrissen der Schleimhaut wird möglich. 3. Durch die Indifferenz des Bismutum subnitricum ist Sekretsstauung kaum vorhanden und durch die Form des Tampons wird eine vorzügliche Drainage von Blut und Serum geschaffen. 4. Weil dieser Tampon seine Elastizität bewahrt, treten selten reaktive Schwellung und Druckwirkungen auf, Kopfschmerzen, Druckge-

fühl und schlechte Nächte werden nicht häufiger auftreten als bei jeder Nasenoperation ohne Tampon. 5. Da ein doppelseitiger Tampon selten notwendig ist, fällt die unangenehme Mundatmung mit ihrer Trockenheit der Mund- und Halsschleimhaut nicht so sehr in die Wagschale; übrigens ist diesem Übel durch eine wiederholte, antiseptische Mundspülung leicht abzuhelfen. 6. Die Entfernung des Tampons ist wegen seiner Schlüpfrigkeit immer schmerzlos und hat keine Blutung zur Folge.

Wir haben leider keine Gelegenheit gehabt, die neuerding von Brünings empfohlene Gummischwammtamponade zu erproben. Anscheinend ist Brünings selbst nicht ganz befriedigt, wenn er betont: „Ich will nicht sagen, dass sie eine gute Nachbehandlung der Septumresektion ist, sondern nur, dass wir keine bessere Tamponade haben."

Übrigens stimme ich vollständig mit ihm darin überein, dass die tamponlose Nachbehandlung von Zarnikow und Jansen bei der Scheidewand-Operation sich nicht bewährt. Es muss uns also daran liegen, ein zweckmässiges Tamponade-Verfahren festzustellen. Die Freersche Methode erfüllt unserer Ansicht nach alle diese Bedingungen.

Was den Vorschlag Brünings betrifft, an Stelle des Tampons die Septumklammern zu benutzen, so hat er bis jetzt 31 Fälle veröffentlicht, wo sie angewandt wurden und bei vieren stellten sich Septumhämatome ein. Brünings selbst hält die universelle Benutzung dieser Klammern für ausgeschlossen; man muss eben abwarten, inwieweit eine Gebrauchsfähigkeit sich im Laufe der Zeit herausstellt. Die Klammerbehandlung scheint, wie Brünings sagt, der gegebene Mittelweg zwischen der Tamponade und der Zarnikowschen Methode zu sein.

In unserer Statistik haben wir die Operationserfolge in drei Klassen verteilt; „ziemlich gut", „gut" und „vorzüglich". „Ziemlich gut" nennen wir die Erfolge, welche dem Patienten zwar genügend Luft verschaffen, wo aber die Operationstechnik viel zu wünschen übrig liess. „Gut" nennen wir die Fälle, wo Patient und Operateur mit dem Erfolg zufrieden sein dürfen; und endlich „vorzüglich", wo der Operationserfolg ein wirklich idealer war und die Scheidewand in ihrer ganzen Ausdehnung gerade ist.

Zur Erreichung eines solchen idealen Erfolges kommt aber vor allem die Art des anzuwendenden Schnittes in Frage. Bei der Betrachtung des Schnittes müssen erst wieder die Verhältnisse berücksichtigt werden, in welchen er zur Anwendung kam.

In den 110 Fällen ist der Knopflochschnitt 65 mal angewandt; der Freersche „umgekehrte L-Schnitt“ 36 mal; und der einfache „L-Schnitt“ 9 mal.

Bei 24 aus diesen 65 Fällen kamen Deviationen kombiniert mit Crista, Verwachsung, Subluxationen etc. vor. Hier konnte in 15 Fällen die Crista wegen mangelhafter Raumverhältnisse nur sehr schwer entfernt werden, die Schleimhaut hinter dem Schnitt war mehr oder weniger zerrissen, und in 7 Fällen an einer Seite perforiert.

In den 36 Fällen, die ich nach der Freerschen Methode operiert habe, waren trotzdem die Crista oft schwer zu entfernen, nicht wegen der Raumverhältnisse, sondern aus anatomischen Gründen.

Leider muss ich sagen, dass, wenn ich in den oben genannten Fällen den Knopflochschnitt versuchte, ich die auf der entgegengesetzten Seite sich befindende Crista unberührt lassen musste, weil die engen Verhältnisse kein genügendes Feld für die Operation boten. Es war besonders da, wo ein Teil der Crista vor dem Vertikalschnitt liegt, eine Entfernung derselben durch den Knopflochschnitt unmöglich. Dass andere auf dieselben Schwierigkeiten stiessen, geht daraus hervor, dass verschiedentliche Patienten zur Klinik kamen, bei denen vorher die Scheidewandoperation gut ausgeführt, eine Crista aber unberührt gelassen worden war. Doch sind wir diesem misslichen Verhältnissen überhoben, wenn wir den Freerschen „umgekehrten L-Schnitt“ machen. Es bietet uns nämlich der Freersche „umgekehrte L-Schnitt“ mit seinen übersichtlichen und zugänglichen Verhältnissen ungeheure Vorteile, welche uns der weniger zugängliche Knopflochschnitt, wie Killian und Menzel (6) ihn angewandt, nicht gewährt.

Neunmal habe ich den Vertikalschnitt mit Extension eines horizentalen Schnittes der Christa entlang versucht (sogenannter einfacher „L-Schnitt“). Obwohl ich schon früher für diese Form der Inzision wenig Sympathie hatte, bin ich nach diesem Versuch ganz davon abgekommen. Es ist hier nicht am Platze, auf seine Nachteile näher einzugehen. Er ist eigentlich auf einen schlecht gelungenen Knopflochschnitt zurückzuführen und entsteht von selbst, wenn die Schleimhaut hinter dem Schnitt zerrissen ist.

Über die ganze so wichtige Frage hat Freer (4) kürzlich einen klaren, wissenschaftlichen Aufsatz veröffentlicht, dem nichts Neues beizufügen ist.

Mir scheint, dass nach dieser Auseinandersetzung es jedem klar wird, dass in den meisten Fällen, besonders aber in denen mit Cristabildung und traumatischen Verbiegungen der „umgekehrte L-Schnitt“

dem Knopflochschnitt vorzuziehen ist. Denn bei dem ersteren haben wir ein breites, leicht zugängliches und ausgedehntes Operationsfeld, beim anderen dagegen nur die enge, eingeschränkte Tasche des Knopflochschnittes vor uns.

Zu den subjektiven Symptomen, die zugleich die hauptsächliche operative Indikation sind, gehörten in erster Linie Nasenverstopfung; in einer übergrossen Anzahl von Fällen sind Stirn- und Scheitelkopfschmerz, leichte Benommenheit, Schnupfen, chronische Rhinitis usw. Begleiterscheinungen. Auch habe ich die Operation noch ausgeführt aus folgenden weiteren Gründen: Siebenmal, um die Mündungen der Nebenhöhlen zugänglich zu machen, dreimal wegen Ohrenkrankheiten, einmal wegen Asthma und einmal versuchsweise bei Epilepsie. Die Kopfschmerzen mit den begleitenden Symptomen wurden fast immer durch die Operation beseitigt. Tatsächlich kann man immer einem Patienten versprechen, dass seine Kopfschmerzen durch die Operation gehoben werden, natürlicherweise nur wenn keine anderen Ursachen dazu vorliegen.

Relativ häufig liegt die Vermutung einer Keilbeineiterung nahe, aber die Mündungsgegend des Keilbeins ist bei der Verbiegung derartig verdeckt, dass ein befriedigender Überblick nicht möglich ist. Es ist vor allem darum eine Operation angebracht, weil erstens eine eventuell unnötige Operation an der mittleren Muschel gespart wird, und zweitens, weil, falls ein Eingriff an der Keilbeinhöhle gemacht werden muss, die Operation und auch die Nachbehandlung erleichtert wird.

Wir sind jetzt bei dem wichtigsten Abschnitt unserer Arbeit angekommen, den Komplikationen nämlich. Es ist zu verwundern, dass man hierüber in der Literatur fast nichts geschrieben findet. Die Statistik von Killian und seinen Assistenten zählt Hunderte von Operationen, Halle 500, Freer 336, ohne dass dabei etwa vorkommende Komplikationen erwähnt werden.

Vielleicht liegt der Grund darin, dass die Begleiterscheinungen, die ich „Komplikationen" nenne, von anderen nicht als solche betrachtet werden, ferner, dass die Nachbehandlung bei solchen Operationen meistens ambulatorisch ist und die vorübergehenden Beschwerden von den Patienten nicht erwähnt werden. Es ist zu begreifen, dass in einer grossen Poliklinik derartige Einzelheiten wegen Zeitmangels nicht in der Krankengeschichte angeführt werden. Auch wird dem Verfasser später bei Aufstellung einer Statistik manches nicht mehr so frisch vor dem Geiste stehen, und das nicht Eingetragene und nicht selbst Beobachtete bleibt ihm unbekannt.

Ich halte die Veröffentlichung aller vorkommenden Kom-

plikationen für äusserst wichtig. Nun habe ich für meine Arbeit als Unterlage eine Reihenfolge von solchen Fällen gewählt, deren Operation technisch besondere Schwierigkeiten darbot; hier möchte ich noch diejenigen unter denselben hervorheben, welche bei der Nachbehandlung Komplikationen aufwiesen. Ich habe mir um so grössere Einsicht und Klarheit verschaffen können, als der ganze Verlauf unter meinen Augen im Hospital sich abwickelte.

In den folgenden Abschnitten verbreite ich mich nun über die im Verlauf dieser Fälle vorkommenden Komplikationen.

1. Perforation.

Leider wird von vielen Operateuren die Perforationsfrage als nebensächlich behandelt. In unserer täglichen Praxis begegnen wir vielen Leuten, die eine Scheidewandoperation durchgemacht haben, und zwar mit mehr oder weniger grossen Perforationen. Bei der Untersuchung ergibt es sich, dass der Patient selbst nichts davon weiss. Nun kann aber eine solche Perforation sehr unangenehm werden, indem sie Borkenbildung hervorruft und lästiges Pfeifen beim Atmen verursacht (8).

Die Beschaffenheit der Schleimhaut sowie die mehr oder weniger grosse Geschicklichkeit des Operateurs bedingen den Prozentsatz der Perforationen. In der schon genannten Reihe von 110 Fällen hatte ich 8 mit dauernder Perforation. Davon sind zwei bei Anwendung der Freerschen Methode, 6 aber bei Anwendung des Knopflochschnittes vorgekommen. Die rissige und atrophische Beschaffenheit der Schleimhaut war Schuld daran und die Art des Schnittes erlaubte nicht den entstandenen Riss mit dem Schleimhautlappen zu decken. Die übrigen drei Perforationen entstanden wegen mangelnden Raumes beim Ablösen der Schleimhaut von einer scharfen Crista.

Wie geeignet die Freersche Methode im allgemeinen ist, grosse Perforationen zu verhüten, beweist Fall Nr. 95. Hier war die Schleimhaut links vernarbt und verdünnt durch eine früher von anderer Seite ausgeführte Kaustik an der Untermuschel. Es konnte darum beim Ablösen eine Perforation von $^1/_2 \times 1^1/_2$ cm nicht vermieden werden; sie war aber durch den Lappen leicht zu decken.

Ich erwähne hier eine Art der Perforation, die nicht dauernd ist, jedoch während der Nachbehandlung sehr störend wirken kann. Sie entsteht nämlich, wenn beim Ablösen die Schleimhaut auf einer Seite dicht am Keilbeinkörper durchstochen wird. Während der Operation selbst wird das Vorkommnis oft nicht bemerkt. Doch stellt sich jetzt in der Keilbeingegend Krustenbildung und Eiterabsonderung ein, die man irrtümlich als Keilbeineiterung ansieht.

Zwei Arten der Perforation kommen häufiger vor, obwohl ich ihnen nicht begegnet bin. Sie werden durch schlecht konstruierte Instrumente oder auch mangelnde Technik verschuldet. Ist die Schleimhaut irgendwo nicht genügend abpräpariert und wird eine schlecht schneidende Zange benutzt, so können damit grosse Schleimlappen losgerissen werden. Ebenso können beim ungeschickten Gebrauch des Ballenger-Killianschen Messers Schleimhautpartien weggeschnitten werden. Fast immer können die Perforationen entweder durch Naht oder durch Lappenschleimhautplastik geschlossen werden. Ist jedoch eine solche Perforation zu sehr am Rande zerfetzt, so lässt sie sich zwar nähen, aber durch Nekrose öffnet sich die Naht bald wieder (Fall 13).

2. Tonsillitis.

Leichte Anfälle von Tonsillitis sind im ganzen 13 mal hinzugetreten. Neuerdings ist es mir gelungen, die Gefahr einer solchen Komplikation durch Einblasung von „Omorol“ oder wiederholte Mundspülung mit einer schwachen Wasserstoffsuperoxydlösung kurz nach der Operation zu heben.

Fall 99 zeigt, wie gefährlich eine Tonsillitis werden kann. Die Operation, wodurch eine scharfe, 1½ cm hohe Spina mit dem Meissel weggenommen werden musste, war lang und schwierig. Es entwickelte sich gleich nachher eine Tonsillitis und aus dieser eine schwere Peri- und Endokarditis. Der Patient musste mehrere Wochen bei Lebensgefahr das Bett hüten, und als er die Entlassung nachsuchte, wurde eine Herzinsuffizienz festgestellt, die sich in systolischen Geräuschen über allen Ostien äusserte.

3. Akute Mittelohreiterung und Mastoiditis.

Vielleicht ist eine Mittelohreiterung die schwerste Komplikation, die bei derartigen Nasenoperationen eintreten kann. Glücklicherweise kommt sie nur selten vor; weder in der Literatur, noch in brieflichen Mitteilungen habe ich etwas darüber gefunden. Dreimal unter den erwähnten Fällen ist eine derartige Komplikation aufgetreten, die meiner Ansicht nach vielleicht hätte vermieden werden können.

Fall 103: männlich, 29 Jahre, totale Verwachsung der unteren Muschel mit Septum links; leidet mehrere Jahre an Asthma; Freersche Operation leicht ausführbar. Gegen meine Gewohnheit entliess ich den Mann auf sein Dringen zu ambulatorischer Behandlung. Die Nase sieht am zweiten Tag tadellos aus, ist nicht geschwollen, und der Patient klagt weder über Hals- noch Ohrenbeschwerden. Wegen der vorherigen starken Verwachsung liess ich vorsichtshalber den

Tampon stecken und bestellte den Patienten auf den nächsten Tag zurück. Er blieb aus, kam aber nach drei Wochen mit einer weit vorgeschrittenen Mastoiditis, die sich folgendermassen erklärt. Nach seiner Angabe erkältete er sich auf der Heimreise und am selben Abend stellten sich schwere Schmerzen am linken Ohr ein. Der herbeigerufene Hausarzt entfernte den Tampon und machte unbegreiflicherweise gleich darauf eine neue feste Gazetamponade. Die Ohreneiterung wurde sofort stürmisch; erst nach mehreren Tagen entfernte der Arzt den Tampon. Bis zur Aufnahme ins Hospital bestand die Behandlung lediglich in Ausspülungen.

Fall 104: männlich, 20 Jahre, Deviatio occlusiva nach rechts, Nebenhöhleneiterung rechts; vollständige Verstopfung des rechten Naseneinganges; unmöglich hinter die Verbiegung zu sehen oder zu sondieren: hinten links grosse „C-förmige“ Deviation. Postrhinoskopisch auf beiden Choanen Eiter. Rachenschleimhaut sehr verdickt, doch keine Adenoiden vorhanden. Leichte Beseitigung der traumatischen Deviation durch den Freerschen „umgekehrten L-Schnitt“. Hinten in der Konkavität liegt ein fast daumengrosser Polyp und eine enorme Bulla conchae media, wodurch sich die Verbiegung der Scheidewand nach links erklärt. Um das Septum in gerade Richtung zu bringen und die beiderseitige Verstopfung zu beseitigen, wurden Polyp und Bulla in derselben Sitzung entfernt. Sehr leichter Tampon nur links, guter Verlauf, Tampon am 2. Tag entfernt; andauernd grosse Absonderung von Schleimeiter, rechts wie links. Beim Schlafen im Durchzug zieht sich der Patient einen kleinen Schnupfen zu, der sich auf das linke Ohr fortpflanzt. Trotz sofortiger Parazentese und energischer antiphlogistischer Behandlung tritt eine schwere Eiterung ein, die erst nach 9 Wochen geheilt war.

Beim ersten der beiden Fälle ist wohl anzunehmen, dass die Mittelohreiterung nicht eingetreten wäre, wenn der Patient im Hospital geblieben und der Tampon sofort bei den ersten Ohrensymptomen weggenommen worden wäre. Beim zweiten Fall lagen die Verhältnisse schon vor der Operation so ungünstig, dass eine Mittelohreiterung fast mit Sicherheit zu erwarten war. Zieht man nun die weiteren Umstände in Betracht, nämlich, dass beide Nasenlöcher durch Reaktionsschwellung verstopft waren, dass durch die Bettlage der Eiter fortwährend über die Rachenschleimhaut lief, und dass der Patient sich eine Erkältung zuzog, so wird niemand sich über eine daraus folgende Mittelohreiterung wundern. Dass diese Komplikation nicht die Folge eines gleichzeitigen Eingriffs auf Bulla, Polypen und Scheidewand ist, erhellt aus einer Anzahl gleicher, von mir ausgeführten Fälle. Ohne die traumatische Deviation zu beseitigen, liessen

sich Bulla und Polyp nicht erreichen, und ohne das Entfernen dieser beiden liess die Scheidewand sich nicht in die Mittellinie zurückbringen.

4. Nachblutung, Hämatome usw.

Viermal sind schwere Blutungen während der Operation notiert. Einmal hatten wir es mit einer ausgesprochenen Hämophilie zu tun. Die Nase musste sofort tamponiert werden, und ein Versuch, die Operation nach 2 Stunden fortzusetzen, sowie jeder weitere Versuch in den folgenden Tagen musste aufgegeben werden. Erst nach 8 Tagen war eine Vollendung möglich. In Fall 76 schien auch Neigung zu häufigen Blutungen zu bestehen. Trotz fester Tamponade blutete der Patient 18 Stunden lang. Am 4. Tage wurden die Tampons entfernt und 2 Tage darauf bildete sich ein sehr grosses Hämatom. Die übrigen Fälle mit Blutungen bei der Operation sind wohl auf unzweckmässigen Gebrauch des Kokains zurückzuführen.

5. Septumabszess.

In zwei Fällen komplizierte ein Septumabszess die Nachbehandlung. Nr. 46, weiblich, 26 Jahre; einfache knorpelige Deviation nach links; Operation nach Killian in 18 Minuten leicht ausgeführt, beiderseits mit Bismuth-Lint tamponiert. Zwei Tage später Tonsillitis, 39,5°; nach einigen Tagen Septumabszess. Nach Entleerung und langwieriger Behandlung vorzüglicher Erfolg.

Fall 42, männlich, 23 Jahre; Deviatio occlusiva traumatica nach rechts; Subluxation der Cartilago quadrangularis nach links; Scheidewandschleimhaut durch frühere Kaustik der unteren Muschel dünn und atrophisch; Knopflochschnitt, ungenügender Platz, Schleimhaut links hinten perforiert. Operation lang, schwer und nicht befriedigend. Am selben Abend 39° Fieber, einge Tage später Entwickelung eines Septumabszesses. Enderfolg schlecht.

Diese beiden Septumabszesse und das Hämaton scheinen von ungenügender Drainage wegen der ungünstigen Form des Knopflochschnittes herzurühren. Ist der Knopflochschnitt glatt ausgeführt, so verbinden sich die Ränder schon einige Stunden nach der Operation und die Drainage wird dadurch erschwert. Die vier Hämatome, denen Brünings in einer Reihe von 31 Fällen begegnete, sind nicht allein auf den Gebrauch der Klammern zurückzuführen, sondern vielleicht eigentlich auf die gut ausgeführte Operation, wobei, wie oben gesagt, die Ränder bald zusammenklebten, was die Drainage störte. Dass Brünings selbst in dieser Form der Operation eine Störung in der Drainage voraussah, geht aus folgendem Zitat hervor: — „Falls die Schleim-

haut bei der Operation ganz unverletzt geblieben ist, empfehle ich dringend, sie von innen her im hinteren Abschnitte mit einer langen, vertikalen Gegenöffnung zu versehen.“ Nun aber sichert uns der „umgekehrte L-Schnitt“ eine gute Drainage; in mehr als 400 nach dieser Methode operierten Fällen ist eine derartige Störung des Wundverlaufs nicht vorgekommen.

6. Perichondritis.

Bei den verzeichneten Fällen finden wir nur einmal Perichondritis, und zwar war die vordere Partie des Perichondriums angegriffen. Sie entwickelte sich 7 Tage nach der Operation und machte eine langwierige Nachbehandlung nötig. Freer spricht von einer Verdickung des Perichondriums, die bei Kindern vorübergehend oder permament vorkommen. Mir ist kein solcher Fall begegnet.

7. Einsenkung des Nasenrückens.

Diese so gefürchtete Komplikation findet nur wenig Erwähnung in der Literatur. Bei Fall 69 habe ich einen Versuch gemacht, den ich trotz besten Gelingens zur Nachahmung nicht empfehlen möchte. Männliches Individuum, 21 Jahre; einfache Deviation nach links mit ausgesprochener Höckernase; Knopflochschnitt links, Knorpel unter dem Höcker ganz entfernt, daher Einsenkung bis zur geraden Linie. Obwohl die Linie später gerade geblieben ist, halte ich diese Operation wegen der Unbestimmbarkeit des Resultates und der Möglichkeit einer späteren Rückeneinsenkung für gefährlich und für nicht wissenschaftlich begründet.

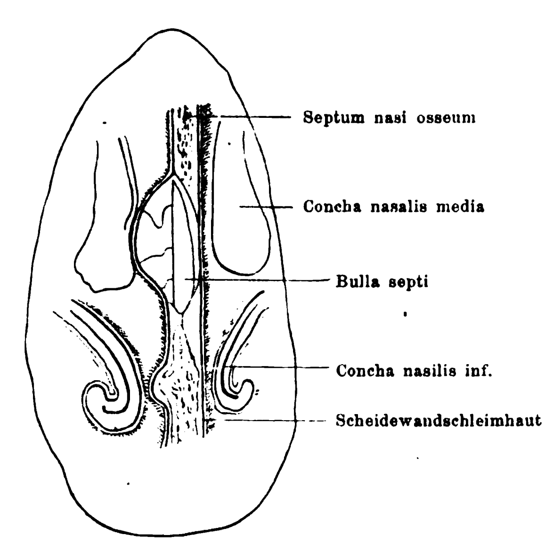
8. Einbruch in die Keilbeinhöhle.

Zweimal ist es mir passiert, dass ich bei vollständiger Entfernung des Vomers in die Keilbeinhöhle eingebrochen bin. Ein derartiger Durchbruch scheint bedeutungslos zu sein, da die Fälle glatt geheilt sind.

9. Knochenblase in der Scheidewand.

Eine merkwürdige anatomische Abweichung habe ich während einer Demonstrationsoperation entdeckt. Bei Fall 17 (Fig. 1) handelte es sich um eine spindelförmige Verdickung der Scheidewand in der Gegend der mittleren Muschel. Bei Wegnahme des vorderen Teils des Vomers stiess ich plötzlich auf eine Blasenbildung im Knochen selbst. Die Wände waren papierdünn; vertikal durch die Mitte lief eine papierdünne Knochenplatte, welche die Blase in eine rechte und linke Hälfte teilte. Die rechte Hälfte war wiederum durch drei

horizontale Scheidewände in vier ungleiche Räume, die linke Hälfte dagegen durch eine vertikale Scheidewand in zwei unregelmässige Höhlen geteilt. Die Bulla wurde verschiedenen Herren demonstriert und nach Anfertigung nebenstehender Skizze zerstört.



Schematischer Schnitt durch Septum in der Gegend der mittleren Muschel.

Am Schlusse unserer Arbeit möchten wir sie in ihren Hauptpunkten noch kurz zusammenfassen:

1. Bei Behandlung von komplizierten Verbiegungen hat der „umgekehrte L-Schnitt", wegen seiner räumlichen Verhältnisse und wegen seiner für die Drainage mehr geeigneten Form unverkennbare Vorteile.

2. Schichtweise Tamponade mit „Bismuth absorbent Lint" hat sich nach unserer Erfahrung als die zweckmässigste erwiesen und wirkt niemals nachteilig.

3. Pulverisiertes Kokain mit Adrenalin, ist bei allen intranasalen Eingriffen ein vorzügliches Betäubungsmittel und sollte deshalb mehr bekannt sein.

4. Beim Gebrauch des selbsthaltenden Drahtspekulums ist Asisstenz nicht nötig.

5. Präoperative Entfernung von Muschelhypertrophien, Polypen usw. ist zu empfehlen.

6. Nachbehandlung im Hospital bietet nicht immer „per se" einen Schutz vor Komplikationen.

7. Komplikationen kommen immer in gewisser Anzahl vor.

8. **Die** genannten Komplikationen sind nicht charakteristisch für die **Scheidewand**operation, sondern bei jedem intranasalen Eingriff von **gleicher** Bedeutung vorgekommen.

Literaturverzeichnis.

1. Killian, Die submuköse Fensterresektion der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. XVI. S. 362. 1904.
2. Derselbe, Beiträge zur submukösen Fensterresektion der Nasenscheidewand. Passow und Schäfers Beiträge zur Anatomie usw., des Ohres usw. Bd. I. Heft 3.
3. Freer, (Chicago U. S. A.), Die submuköse Fensterresektion der Nasenscheidewand nach eigener Methode ausgeführt. Archiv f. Laryngologie usw. Bd. XVIII. Heft I. S. 152.
4. Derselbe, Die submuköse Fensterresektion; ein ergänzender Nachtrag. Archiv f. Laryngologie. Bd. XX. Heft 8.
5. Halle, Die submuköse Septumoperation. Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 3.
6. Menzel, Zur Fensterresektion der verkrümmten Nasenscheidewand. Archiv f. Laryngologie. Bd. XV. Heft 1.
7. Brünings Beiträge zur submukösen Septumoperation. Verhandlung des Vereins deutscher Laryngologen. 1908.
8. Eine seltene Störung nach submuköser Nasenscheidewandresektion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31. 1908.

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
1	m	19	Deviatio nach l. Verwachsung mit der u. Muschel	Nasenverstopfung, Rhinit. chron.	Knopflochschnitt l.	Typischer Killian nicht auszuführen
2	m	30	Spindelförmige Verdickung	Siebbeineiterung	„ r.	Ohnmächtig geworden; Operation am 2. Tage vollendet
3	m	40	Hochliegende Crista nach l.	Nasenverstopfung	„ r.	—
4	w	16	Deviatio nach l.	Rhin. intumescens	„ l.	Perforation
5	w	23	Deviatio nach l., Crista bds. dicht am Boden	Nasenverstopfung	„ l.	Periost von Crista schwer abzuheben.
6	m	16	Deviatio nach l.	Nasenverstopfung, Rhin. hypertr.	„ l.	Operation sehr leicht
7	m	18	Deviatio nach r.	Otitis med. purulenta r.	„ r.	—
8	w	16	Spindelförmige Verdickung	Hochgradige Nasenverstopfung	„ l.	Operation schwer; Lappen genäht
9	w	19	Deviatio nach r., lks. hochliegende Crista	Nasenverstopfung, Kopfschmerz.	„ l.	Perforation (9×3mm) bei der Ablösung von der Crista; Lappen zugenäht
10	m	20	Deviatio traumatica occlusiva nach r. Sub. lux. Cartilago quadrangularis n. l.	Kopfschmerzen, völlige Nasenverstopfung	Umgekehrtes „L“ r.	Operat. sehr schwer; viele Adhäsionen, l. Perforation
11	m	22	Scharfe Crista nach l. bis auf den Vomer	Rhin. chron., Nasenverstopfung	„L“-Schnitt l.	Lappen zerrissen u. nicht befriedigend
12	m	22	Deviatio nach r.	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt r.	Leicht ausführbar

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operationserfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. r.	Langwierige Nachbehandlung notwendig	Pulv. Kokain	Gut	Pat. hat gut Luft; Rhin. chron. beseitigt
„ „ bds.	—	„ „	Vorzüglich	Operation am Siebbein nachher leicht auszuführen
„ „ r.	—	„ „	„	Zugleich mittl. Muschel l. entfernt
„ „ bds.	—	„ „	Gut	Perforation mit Lappen zugedeckt und permanent geschlossen geblieben; Pat. hat gut Luft
„ „ l.	—	„ „	„	Durch Knopflochschnitt nicht genügend Platz
„ „ l.	—	„ „	„	Hypertrophie der mittl. Muschel r. in zweiter Sitzung entfernt
„ „ r.	Mittelohreiterung nicht verschlimmert trotz Tampon	„ „	„	Otitis med. purulenta kurz nachher geheilt
„ „ bds.	Tonsillitis nach 48 Std. 38,5°	20 % „	„	Durch Knopflochschnitt nicht genügend Platz
„ „ bds.	—	20 % „	„	Keine Perforation geblieben; nicht genügend Platz
—	—	Pulv. „	„	Pat. hat sehr gut Luft; keine dauernde Perforation
Paraffine Gaze l.	Muss längere Zeit tägl. tamponiert werden; Lappen liegt nicht gut	„ „	„	Oberer breiterer Lappen von der Crista leicht abzulösen, unt. engerer Lappen sehr schwer; Nachbehandlung langwierig
Paraffine Gaze r.	—	„ „	Vorzüglich	Pat. hat gut Luft

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
13	m	23	Deviatio nach r.	Nasenverstopfung, Kopfschmerz.	Knopflochschnitt r.	Perforation durch d. vernarbte u. atrophische Scheidewandschleimhaut, dem Schnitt gegenüber
14	m	26	Deviatio occlusiva traumatica nach l.	Nasenverstopfung	„ l.	Eine Naht. Leicht ausführbar
15	w	23	Breite Deviatio nach r. gegenüber der m. Muschel	Seit Kindheit frontaler Kopfschmerz	„ r.	—
16	w	15	Spindelförmige Verdickung, Crista nach r.	Nasenverstopfung	„ r.	Lappen zerrissen
17	w	43	Deviatio occlusiva nach r., der m. Muschel gegenüber	Seit Kindheit frontaler Kopfschmerz	„ r.	Schleimhaut vernarbt u. atrophisch; Lappen zerrissen; Knochenblase im Vomer in mehrere Höhlen geteilt (Fig. 1)
18	w	23	Spindelförmige Verdickung, Crista nach r.	Kopfschmerzen	„ r.	Crista schwer zugänglich
19	m	27	Breite ausgedehnte Deviation nach l., Crista nach r.	Nasenverstopfung	„L“-Schnitt r.	Crista nur z. T. mit grosser Schwierigkeit entfernt; grosse Perforation (8×10 mm); Lappen liegen nicht gut
20	m	20	Ganz derselbe Befund wie Nr. 19	„	Knopflochschnitt l.	Lappen stark zerrissen; Crista nicht entfernt
21	m	38	„	„	„L“-Schnitt	Lappen nicht befriedigend; eine Naht
22	m	22	„	—	Knopflochschnitt l.	Lappen beim Ablösen zerrissen
23	m	23	„	Kopfschmerzen	„L“-Schnitt l.	Crista schwer wegzunehmen; Lappen liegen schlecht
24	m	20	Crista nach l. (zweite Operation an Nr. 20)	—	Knopflochschnitt l.	Crista leicht entfernt

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. r.	Perforation (2×3 mm)	Pulv. Kokain	Ausser Perforation; gut	Perforation erscheint am 3. Tage und bleibt
„ „ l.	Tonsillitis	„ „	Gut	—
„ „ r.	—	„ „	Vorzüglich	Kurz nach der Operation Kopfschmerz beseitigt
Paraffine Gaze bds.	—	„ „	„	—
Bi. hint. bds.	—	„ „	Sehr gut	Kurz nach der Operation Kopfschmerz beseitigt
Paraffine Gaze bds	—	„ „	„ „	Kurz nach der Operation Kopfschmerz beseitigt
„ bds.	Perforation (1 mm Durchm.)	„ „	Gut (äussere Perfor.)	In zweiter Sitzung ist die grosse Perforation bis auf Stecknadelkopfgrösse durch Schleimhautplastik geschlossen
„ l.	Tonsillitis	„ „	Ziemlich	Patient hat nach einigen Wochen Synechie, aber gut Luft
Bi Lint. l.	—	„ „	„	Patient hat gut Luft; mittlere Muschel in derselben Sitzung entfernt
„ „ l.	—	„ „	Gut	—
„ „ l.	—	„ „	„	Kopfschmerzen ganz beseitigt
„ l	—	„ „	„	Polypöse untere Muschel zu gleicher Zeit entfernt

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
25	m	24	Subluxation Cart. quad. nach r., Crista nach r.	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt r.	Crista wegen Adhäsionen schwer zu entfernen
26	m	22	Deviatio nach l. „S"-förmige, scharfe Crista nach l.	„	„L"-Schnitt	Lappen nicht befriedigend
27	m	20	Deviatio occlusiva nach l., Crista nach r.	„	Umgekehrtes „L" l.	Kokainkoll.; starke Blutung; Crista schwer zu entfernen
28	m	25	Deviatio occlusiva traumatica nach r., Deviatio und Subluxation nach l.	„	Knopflochschnitt l. u. r.	Crista schwer zu entfernen
29	m	23	Deviatio traumatica und subluxatio nach r., Deviatio u. Crista nach l.	„	„L"-Schnitt r. Knopflochschnitt l.	Zweite Inzision l. notwendig
30	m	22	Deviatio nach r., Crista nach l.	„	Umgekehrtes „L" l.	Operation leicht ausführbar
31	m	7½	Sattelnase; Deviatio occlusiva traumatica nach r.	„	„ r.	Schleimhaut r. verdünnt u. atrophisch; Pat. sehr unruhig, Operation mit Chloroform vollendet
32	m	18	Deviatio nach r.	„	„ r.	Operation leicht ausführbar
33	m	49	Crista bis auf das Keilbein nach r., Deviatio nach l.	„	„ l.	Operation schwer; Lappen der Crista entlang zerrissen; schwere Blutung
34	m	20	Spindelförmige Verdickung bds., Crista nach r.	Seit 10 Jahren frontaler Kopfschmerz	„L"-Schnitt r.	Lappen zerrissen, nicht befriedigend
35	w	19	Deviatio nach r.	Frontaler Kopfschmerz	Knopflochschnitt r.	Operation leicht ausführbar
36	m	18	Deviatio occlusiva traumatica nach l.	Nasenverstopfung	„ l.	Crista nicht entfernt; Lappen zerrissen

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint.	Tonsillitis	Pulv. Kokain	Ziemlich	Indikationen für Operation: Pat. hat nicht genügend Luft wegen vorher schlecht ausgeführter submuköser Operation von anderer Seite
Paraffine Gaze l.	—	„ „	Gut	Lappenablösung nicht befriedigend
„ bds.	—	20 % „	„	Sehr grosse Bulla conchae mediae l. zu gleicher Zeit entfernt
„ bds.	—	Subperichondrial, Injekt. ½ % Kokain und pulv. Kokain	„	Patient hat gut Luft
„ bds.	—	Pulv. Kokain	Vorzüglich	Gut Luft
Bi. hint. bds.	Tonsillitis 38,6°	„ „	„	Gut Luft
„ „ r.	—	„ „ Chloroform	„	Operation sehr schwer wegen enger Verhältnisse
„ „ r.	—	Pulv. Kokain	„	—
„ „ r.	Schwere Blutung beim Herausnehmen des Tampons nach 8 Tg.	„ „	„	—
Bi. Lint. r.	Otitis med. purulenta acuta, Myringitis haemorrhagica r.	„ „	Ziemlich	Lappen liegen nicht gut aufeinander; Kopfschmerzen beseitigt
„ „ bds.	—	„ „	Vorzüglich	Kopfschmerz beseitigt
„ „ bds.	—	„ „	Ziemlich	Durch die Inzision nicht genügend Platz

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
37	m	48	Deviatio occlusiva traumatica nach l.	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt l.	Lappen dünn und atrophisch, ganz zerrissen
38	m	23	Deviatio occlusiva nach l.	Frontaler Kopfschmerz	„ l.	Operation leicht ausführbar
39	w	9	Deviatio occlusiva traumat. nach l. mit Subluxatio nach l.	Nasenverstopfung	„ l.	Lappen zerissen, mehr als 1/3 l. geopfert
40	m	21	Breite Deviatio nach r., Subluxatio nach l.	„	„ r. u. l.	Doppel-Inzision notwendig um die Subluxatio zu beseitigen
41	m	22	Scharfe und hohe Crista nach l.	Rhin. chron.	„L"-Schnitt l.	Lappen nicht befriedigend; Perforation (?) hinten am Vomer
42	w	26	Knorpelige Deviatio nach l.	Frontaler Kopfschmerz mit Schwindel	Knopflochschnitt l.	Operation sehr leicht (10 Min.)
43	m	23	Deviatio occlusiva traumatica nach r., Subluxatio nach l.; sehr tiefe Konkavität	Nasenverstopfung	„ l.	Platz nicht befriedigend; links perforiert
44	m	23	Deviatio traumatica nach r., Schiefnase nach l., Subluxatio nach l.	„	Umgekehrtes „L" r.	Platz genügend; leicht auszuführen
45	m	19	Crista nach l.	Für Katheter nicht durchgänglich	„ l.	Sehr leicht auszuführen
46	m	19	Deviatio und Crista nach l.	Nasenverstopfung	„ l.	Platz genügend, aber Operation sehr schwer
47	m	21	Sattelnase; Deviatio traumatica nach r.	„	„ r.	„

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. bds.	Nach 1 Std. Kollaps; Operation unterbrochen und 4 Stunden später vollendet; Blutung sehr schwer	20 % Kokain	Vorzüglich	Ganzer Knorpel ossifiziert
„ „ bds.	Tonsillitis	Pulv. Kokain	„	3 Wochen vorher enorme Bulla conchae mediae r. entfernt
„ „ l.	„	Chloroform	„	Während einer Stunde sehr unangenehme Blutung; Narkose sehr unruhig; Heilung nach 22 Tagen
„ „ bds.	—	Pulv. Kokain	„	—
„ „ l.	—	„ „	Gut	Ambulatorische Nachbehandlung
„ „ bds.	Tonsillitis 39,5°, Septumabszess	„ „	Vorzüglich	Kopfschmerz bleibt unverändert; Schwindel besser
„ „ l.	Am selben Abend 39°. Septumabszess	„ „	Schlecht	Schleimhaut l. durch frühere Kaustik der u. Muschel dünn u. atrophisch; Narbenbildung; keine dauernde Perforation
Holzschiene l.	—	„ „	Vorzüglich	Müllers Vertikalschn.; Schiefnase nicht verbessert
Bi. Lint. l.	Am Abend der Operation 38,9°, nachher ganz normal	„ „	„	—
„ „ bds.	7 Tage nachher Perichondritis an der vord. Partie	„ „	„	Nachbehandlung wegen der Perichondritis sehr langwierig
„ „	2. Tag 39,8°; direkt normal nach Entfernung des Tampons	„ „	Gut	Verletzung mit totaler Zerstörung der Weichteile der Nase durch Hufschlag; Nasenplastik aus der Stirn

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
48	m	18	Deviatio nach l.; breite Verwachsung mit der u. Muschel; Crista nach r.	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt l.	Platz nicht genügend, Operation schwer
49	m	21	Deviatio nach r., Crista nach l.	Kopfschmerzen	„ r.	Crista l. nicht entfernt
50	m	16	Scharfe Deviatio occlusiva nach r. mit Synechie	Nasenverstopfung	„ r.	Platz nicht genügend, Operation schwer
51	m	19	Grosse Deviatio traumatica nach l.	„	Umgekehrtes „L“ l.	Operation leicht ausführbar
52	m	15	Knorpelige Deviatio traumatica nach l.	„	Knopflochschnitt l.	—
53	m	7	Deviatio occlusiva traumatica nach r.	„	„ r.	Operation sehr leicht (20 Min.)
54	m	23	Scharfe und hohe Crista nach l. bis auf den Vomer	Rhin. atrophicans	„ l.	Operation sehr leicht (12 Min.); keine Adhäsion an der Crista
55	w	20	Deviatio nach l.	Nasenverstopfung	„ l.	—
56	m	35	Vorn starke Deviatio nach r., Deviatio u. Crista nach l.	Nebenhöhlenerkrankung., Rhin. atroph. syphilitica	„ r.	Schleimhaut leicht zerrissen
57	m	29	Starke Deviatio nach r., scharfe Crista l.	Pharyng. chron.	„ l.	Platz nicht genügend; Lappen zerrissen
58	m	24	Crista bis auf den Vomer l., Spina r.	Nasenverstopfung, Pharyng.	Umgekehrtes „L“ l.	Platz genügend; Lappen liegen sehr schön
59	m	20	Deviatio und Crista nach l.	Nasenverstopfung, Kopfschmerz.	„ l.	„
60	m	22	Deviatio occlusiva traumatica nach l.; hinter dieser eine zweite Deviation; sehr starke Konkavität r.	„	„ l.	Platz genügend; Schleimhaut in der Tiefe d. Konkavität stark adhäsiert; perforiert

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. l.	—	Pulv. Kokain	Ziemlich	Von anderseits, mit elektrischem Trepan ausgeführter Crista-Entfernung, ist 2 cm Knochen-Synechie geblieben
„ „ r.	2 Monate nachher kleine Synechie l.	„ „	Gut	Kopfschmerzen viel besser
Paraffine Gaze	Keine Tonsillitis	„ „	„	Verwachsung m. Meissel 10 Tage vorher durchtrennt mit folgender Tonsillitis
Bi. Lint. l.	—	„ „	Vorzüglich	—
„ „ l.	—	„ „	Gut	—
„ „ r.	—	Chloroform	Vorzüglich	—
„ „ l.	—	Subperichondrial-Inj. 1/2 % Kokain	„	Patient ohnmächtig von Schmerz (?); Operation im Anfall vollendet
„ „ l.	—	„	—	Pat. hat viel Schmerzen
„ „ r.	—	Pulv. Kokain	Gut	Rektifizierte Diagnose: Empyema beider Stirnhöhlen, beider Keilbeinhöhlen, beider Siebbeinlabyrinthe
„ „ l.	Tonsillitis	„ „	„	—
„ „ l.	„	„ „	„	—
„ „ l.	„	„ „	„	—
„ „ bds.	Tonsillitis; Perforation (1:1 mm)	„ „	Ziemlich	Perforat. nicht grösser als ein Stecknadelkopf

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
61	m	19	Starke Deviatio und scharfe, lange Crista nach r.; starke Konkavität l.	Nasenverstopfung	„L"-Schnitt r.	An d. tiefsten Stelle der Konkavität Ulcus d. Schleimhaut; feste Adhäsionen an der Crista
62	m	19	Deviatio occlusiva operativa nach r., Perforatio operativa (19 mm Durchm.)	„	Inzision am freien Rande d. Perforation	Knorpel in 2 Teile gespalten; nur ein Teil entfernt; der andere bleibt als Stütze
63	m	17	Deviatio occlusiva traumatica nach l., Crista r.; äussere Deviatio 45° von der med. Linie	„	Umgekehrtes „L" l.	Hinter der Deviation Schleimhaut vernarbt u. verdünnt
64	m	21	Sattelnase (traumatic.); Deviatio occlusiva traumatica nach r.	„	„ r.	—
65	m	20	Grosse Deviatio traumatica nach r., Crista nach r.	„	„ r.	Ossifizierte Knorpel; Perforation beim Ablösen; Operation sehr schwer
66	m	38	Deviatio und Crista nach r.	„	Knopflochschnitt r.	Perforation mit Messer bei d. Schleimhaut-Inzision
67	m	24	Deviatio traumatica nach r., Subluxatio nach r.; hinter diese tiefe spindelförmige Verdickung	„	„ r.	Vomer ganz fortgenommen; Durchbruch in die Keilbeinhöhle
68	m	16	Deviatio nach r.	„	„ r.	Sehr leicht ausführbar (12 Min.)
69	m	21	Deviatio nach l.; Höckernase	„	„ l.	Knorpel unter dem Höcker fast ganz entfernt; daher Einsenkung bis zur geraden Linie
70	m	23	Deviatio nach r.	„	„ r.	—
71	m	22	Deviatio nach r., Crista nach l.	„	„ l.	Hämophilie; Blutung sehr stark
72	m	24	Scharfe u. hohe Crista nach r.	Pharyng. chron.	„ r.	Leicht (20 Min.)

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operationserfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. bds.	Perforation an d. Basis d. Scheidewand	Pulv. Kokain	Ausser Perforation, vorzüglich	Perforation $1^1/_2$ mm infolge der Wegmeisselung der Crista
" " bds.	—	" "	Vorzüglich	Anderwärts operiert; fünfpfennigstückgrosse Perforation; nachher Scheidewand ganz stabil
" "	—	" "	"	Müllers Vertikalschnitt; Gipsverband; Schiefnase viel besser
" "	—	" "	Gut	—
" "	Perforation (2×3 mm)	" "	Schlecht	Perforation 2×3 mm; Luft gut
" "	Perforation ($1^1/_2$ mm)	" "	Ausser Perforation, vorzüglich	Perforation sehr klein, war leicht zu vermeiden
" " bds.	—	" "	Vorzüglich	—
" " r.	Die Scheidewand bewegt sich beim Atmen	" "	Gut	Nach 3 Monate Nachbehandlung Scheidewand ganz stabil
" " bds.	—	" "	"	Höcker ganz fort; Nasenrücken gerade
" " r.	—	" "	Vorzüglich	—
" " bds.	—	" "	"	Operationsdauer 20 Min.
" " r.	—	" "	"	—

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
73	m	18	Deviatio occlusiva traumatica nach r., Crista nach l.	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt r.	Schleimhaut sehr dünn u. leicht zerreissbar; Lappen ganz nach hinten zerrissen; Platz nicht genügend. Im Konkavität 2mal perforiert
74	m	19	Deviatio nach r., Crista nach l.	Nebenhöhleneiterung	„ l.	Schleimhaut dünn u. leicht zerreissbar; Lappen zerrissen
75	m	34	Deviatio occlusiva traumatica nach l.	Nasenverstopfung	Umgekehrtes „L"	Konkavität sehr stark
76	m	19	Deviatio occlusiva traumatica nach l. (nur im Knochenteil); Deviatio traumatica(hochsitzend) nach r.	„	Knopflochschnitt r.	Hämophilie? Schwere Blutung; Operation sehr schwer; Mangel an Raum
77	m	22	Deviatio occlusiva traumatica nach l.	Nebenhöhleneiterung	„ l.	Knorpelteil ossifiziert; Scheidewand winkelig „/\"-förmig gespalten; feste Adhäsionen; Knochen nur in kleinen Stücken entfernbar
78	m	20	Deviatio nach l. (nur im Knochenteil)	Kopfschmerz. Nasenbluten	„ l.	Vorderer Teil der Scheidewand besteht aus Bindegewebe; Schleimhaut schwer abzulösen
79	m	25	Sattelnase; Deviatio occlusiva traumatica nach l.; hohe Crista nach r.	Nasenverstopfung	Umgekehrtes „L" l.	Viele Adhäsionen; genügend Platz
80	m	24	Deviatio traumatica nach r.	„	Knopflochschnitt r.	Schleimhaut sehr dünn u. leicht zerreissbar; Perforat. dem Schnitt gegenüber
81	m	18	Deviatio traumatica und Crista nach r.	Kopfschmerzen	„ r.	Blutung stark; sehr schmerzhaft
82	m	19	Starke Deviatio nach r.; Crista nach l.	Nasenverstopfung	„ r.	Totale Anästhesie; keine Blutung
83	m	18	„	„	„ r.	„
84	w	27	Spindelförmige Verdickung	Ozaena; Keilbeineiterung	„ r.	Bei der Kokain-Einspritzung plötzlich schwere und starke Kopfschmerzen

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. bds.	Doppelte Perforation (1×3mm) (2×3mm)	Pulv. Kokain	Ausser Perforation, gut	—
Watte-Tampons nach Killian	—	„ „	Gut	Watte-Tampons nicht zweckmässig; rektifizierte Diagnose: Keilbeineiterung bds.
Bi. Lint. bds.	—	„ „	Vorzüglich	—
Bi.Lint.4Tage	Bis Mitternacht geblutet; nach 6 Tagen grosser Hämatom.	—	—	Russisch. Student; hohe dünne Höckernase
Bi. Lint. l.	—	Pulv. Kokain	Gut	Der rechts abgespaltene Teil weggenommen; Schleimhaut d. anderen Teils nicht abgelöst, letzterer „in toto“ in die Mitte verschoben
„ „ l.	—	„ „	„	Kopfschmerzen nachgelassen
„ „ bds.	—	„ „	„	—
„ „ bds.	Perforation (2×3 mm)	„ „	Ausser Perforation, gut	—
„ „ bds.	—	Subperichon. Inj. ½% Kok.	Vorzüglich	—
„ „ bds.	—	„	„	Knorpeliger Teil am Ende der Operation transplantiert
„ „ bds.	—	„	„	„
„ „ bds.	—	„ und mit pulv. Kokain vollendet	„	Beide Keilbeinhöhlen gut zugänglich

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
85	m	17	Spindelförmige Verdickung	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt r.	Gut Anästhesie, wenig Blutung
86	w	22	Deviatio nach l. (nur im Knochenteil	"	" l.	—
87	m	15	Deviatio traumatica nach r. und l.	Epilepsie; Nasenverstopfung	" r.	Epileptischer Anfall während der Operation, deshalb unterbrochen
88	m	21	Deviatio nach r., Crista nach l.	Nasenverstopfung	Umgekehrtes „L" r.	Operat. sehr schwer (2 Stunden)
89	m	19	Deviatio occlusiva traumatica nach r.	"	" r.	Wegen früher von and. Seite gemacht. Scheidewandoperation Schleimhaut sehr schwer abzulösen
90	m	20	Totale Verwachsung der hinteren $^{2}/_{3}$ der Scheidewand mit unterer u. mittlerer Muschel l.	"	" l.	Vor 6 Jahren mod. Kriegsche Operation (?); Schleimhaut-Lappen gut; Verwachsung mit Zange durchgetrennt; Vomer ganz entfernt
91	m	26	Deviatio nach r., Crista nach l.	"	" r.	Hinten am Vomer ventilförmige Perforation l.
92	m	19	Scharfe Crista l. bis zum Keilbeinkörper; abgerundete Verdickung r. am Boden	Rhin. chron.	" l.	In die Keilbeinhöhle eingebrochen
93	m	20	Sattelnase; Deviatio occlusiva traumatica nach r.; sehr tiefe Konkavität	Totale Verstopfung r.	" r.	Sehr leicht ausführbar
94	m	19	Deviatio mit Crista nach l.	Nasenverstopfung	" l.	"
95	m	20	Deviatio occlusiva nach r.; hohe Crista am Nasenboden l.	Chron. Schnupfen	" r.	Mehrmals Kaustik an der u. Muschel r.; mit Narben u. Verbrennung d. Scheidewand-Schleimhaut; Perforat. 1×1½ cm
96	w	17	Deviatio occlusiva traumatica nach r., Subluxatio nach l.	Nasenverstopfung	Knopflochschnitt l.	Deviatio nur im Knorpel (8 Minuten)
97	m	29	Deviatio occlusiva nach r., Crista l.	"	Umgekehrtes „L" l.	Schleimhaut schwer abzulösen

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. bds.	—	Subperichon. Inj. 1/2 % Kok.	—	—
„ „ l.	—	Pulv. Kokain	Vorzüglich	—
„ „ r.	—	„ „	Schlecht	Patient nach 2 Tagen weggegangen
„ „ r.	—	„ „	Vorzüglich	—
„ „ r.	—	„ „	Gut	—
„ „ l.	Endokarditis?	„ „	„	Nach 3 Tagen plötzlich 40,1°; 4. Tag 39,7°; 5. Tag 39,6°; 6. Tag 37°; Phantasie, Kopfschmerzen, Schwachheit etc.; nach 3 Wochen wieder aufgenommen, mit Naseneryslpel und Endokarditis
„ „ bds.	Geräusch beim Atmen; Lappen bewegt sich	„ „	Ziemlich	10 Tage tägl. Tamponade l., keine dauernde Perforation; gut Luft
„ „ l.	—	„ „	Vorzüglich	Keine Beschwerden von der Keilbeinhöhle
„ „ r.	—	„ „	„	Ambulatorische Nachbehandlung
„ „ l.	—	„ „	„	—
„ „ bds.	—	„ „	Gut	Keine dauernde Perforation
„ „ bds.	Tonsillitis, 1. Tag 38°	„ „	Vorzüglich	—
„ „ bds.	—	„ „	Gut	—

Nr.	Geschlecht	Alter	Form der Deviation	Operative Indikation	Form der Inzision	Komplikation bei der Operation
98	m	23	Deviatio occlusiva nach r. mit Crista	Nasenverstopfung	Umgekehrtes „L" r.	Sehr leicht ausführbar
99	m	30	Deviatio occlusiva traumatica nach r.; Crista nasalis 1½ cm dick; scharfe u. hohe Crista 1½ cm nach r.	Asthma	„ r.	Crista in einem Stück mit Meissel weggenommen; sehr dick; Vomer dicht am Keilbeinkörper; starke Blutung; viel Schmerz
100	m	21	Deviatio nach l. mit Verwachsung der u. Muschel	Nasenverstopfung	„ l.	—
101	m	21	Deviatio und Crista nach l.	„	„ l.	—
102	m	29	Deviatio nach r.	Keilbeineiterung bds.	Knopflochschnitt r.	—
103	m	29	Totale Verwachsung der u. Muschel und Septum l.	Asthma	Umgekehrtes „L" l.	Operation leicht
104	m	23	Deviatio traumatica occlusiva nach r.	Nebenhöhleneiterung	„ r.	Hinter der Deviatio grosse Polypen u. Bulla conchae med. in derselben Sitzung entfernt
105	m	19	Deviatio mit scharf. Crista nach l.	Nasenverstopfung	„ l.	Starke Blutung; Tampon 2 Stunden, wieder Blutung; Tampon 24 Stund., wieder Blutung; Operation erst nach 8 Tagen vollendet
106	m	18	Subluxatio cart. quad. nach l.	„	Knopflochschnitt l.	Schleimhaut r. mit Ballengermesser zerrissen
107	m	16	Deviatio nach l.	„	„ l.	—
108	m	16	Spindelförmige Verdickung; Sublux. nach r.	„	„ l.	Hinter dem Schnitt Schleimhaut l. mit Ballenger-Messer zerrissen; keine gute Übersicht
109	m	20	Deviatio traumatica mit Verwachsung l.; spindelförmige Verdickung dicht am Keilbein	Rachenkatarrh; Nasenverstopfung	Umgekehrtes „L" l.	Operation schmerzlos
110	m	23	Scharfe u. hohe Crista bis in den Vomer l.	Rachen- und Kehlkopfkatarrh	Knopflochschnitt l.	Operation leicht (13 Min.)

Art des Tampons	Postoperative Komplikationen	Anästhetikum	Operations-erfolg	Bemerkungen
Bi. Lint. r.	—	Pulv. Kokain	Gut	—
„ „ r.	Tonsillitis, Endokarditis	Subperichon. Inj. ½% Kok.	„	Längere Zeit im Bett mit schwerer Perikarditis
„ „ l.	Tonsillitis	Pulv. Kokain	„	Lange Nachbehandlung wegen Schleimeiterabsonderung; Keilbeinhöhlen sind nicht erkrankt
„ „ l.	„	„ „	Vorzüglich	—
„ „ bds.	—	„ „	„	Keilbeinmündungen gut zugänglich
„ „ l.	Ot. med. pur. acut l., Mastoiditis acut l.	„ „	„	Ambulatorische Nachbehandlung
„ „ bds.	Ot. med. pur. acut r.	„ „	Gut	Rektifizierte Diagnose: Keilbeineiterung bds.
„ „ bds.	—	„ „	Schlecht	Wegen starker Blutung am Ende des 8. Tages Operation rasch vollendet ohne gute Übersicht
Kein Tampon	Tonsillitis	„ „	Ziemlich	Keine dauernde Perforation; viel Schleimabsonderung 14 Tage
„ „	—	Perineural	„	Für 14 Tage viel Schleimabsonderung
Bi. Lint. bds.	—	„	„	Betäuben nicht besonders gut
„ „ bds.	—	„	Vorzüglich	Ambulatorische Nachbehandlung
„ „ l.	Tonsillitis	—	—	—

Ein Fall von primärem Larynx- und sekundärem Hautlupus[1]).

Von

Dr. Joseph Cohen (Mülheim am Rhein).

Im 20. Band des Archivs für Laryngologie sind im Jahre 1908 zwei Arbeiten über primären Kehlkopflupus erschienen. In der ersten der beiden Arbeiten von Neufeld sind aus der Literatur die bis dahin publizierten 24 Fälle dieser seltenen Kehlkopferkrankung zusammengestellt, denen Neufeld einen eigenen Fall hinzufügt. In der zweiten Arbeit berichtet Rosenberg etwa ein halbes Jahr später über drei weitere Fälle von primärem Larynxlupus, die er seit dem Jahre 1898 zu beobachten Gelegenheit hatte; ausserdem erwähnt Blumenfeld einen Fall in seinem Handbuch[2]), so dass bis jetzt 29 Fälle von primärem Lupus des Kehlkopfes veröffentlicht sind.

Diesen 29 Fällen möchte ich eine eigene Beobachtung hinzufügen, die mir insofern interessant zu sein scheint, als bei der betreffenden Patientin zuerst der Kehlkopf lupös erkrankte, und bei der erst später Lupus der äusseren Haut nachfolgte.

Zunächst kurz die Krankengeschichte.

Die 17 jährige Patientin, hereditär tuberkulös belastet, ohne subjektive Beschwerden, kam im Mai 1908 zum ersten Male zu mir, weil ihren Bekannten (nicht ihren näheren Verwandten) aufgefallen, dass ihre Stimme heiser geworden war. Sie selbst hatte absolut keine Beschwerden, keinen Husten, keine Schmerzen im Halse, weder

---

1) Demonstriert im Verein westdeutscher Hals- und Ohrenärzte am 2. Mai 1909.

2) Schröder-Blumenfeld, Handbuch der Therapie der Lungenschwindsucht. Leipzig 1903. Seite 528.

spontan noch beim Schlucken; ihr selbst und ihrer Mutter war es gar nicht aufgefallen, dass die Stimme nicht mehr so klar und rein war wie früher.

Patientin ist gut genährt, hat frische rote Backen; an den Lungen ist weder bei der Perkussion noch bei der Auskultation etwas Pathologisches nachweisbar; Sputum ist nicht vorhanden.

Der laryngoskopische Befund ist folgender:

Die Epiglottis ist um das Drei- bis Vierfache verdickt, mit stecknadelkopfgrossen und grösseren roten papillären Knötchen besetzt: keine Geschwürsbildung, kein Ödem am Kehldeckel. Der übrige Kehlkopf völlig intakt. — Daraufhin habe ich gleich bei der ersten Untersuchung die Diagnose auf primären Lupus des Kehldeckels gestellt.

Im September 1908, also vier Monate später, sah ich die Patientin zum zweiten Male, jetzt von ihrem Hausarzt geschickt. Ich erhebe denselben Befund wie im Mai, nur ist in der Mitte des freien Kehldeckelrandes ohne jede subjektive Beschwerden ein tiefer Substanzverlust eingetreten, so dass hier der Knorpel an einer kleinen Stelle als weisse Linie frei liegt. Da die Einschmelzung des Gewebes rasch zunahm, entschloss ich mich Ende November die Epiglottis zu amputieren. Nachdem ich die Epiglottis mit Kokainadrenalinlösung — Kokain 1,0:10,0 + Adrenalin (1,0:5,000) 10,0 — unempfindlich gemacht hatte, trug ich sie mit der Epiglottiszange von Schmidt in zwei Sitzungen glatt ab. Weder bei der Operation noch nachher kam es zu einer nennenswerten Blutung. Auffallend war auch die geringe Schmerzhaftigkeit bei der Operation und nachher. Nur zwei Tage lang bestanden ganz geringe Beschwerden; acht Tage lang verschluckte Patientin sich öfter, dann etwa noch vier Wochen lang höchstens zweimal am Tage, später machte ihr das Fehlen der Epiglottis gar keine Beschwerden mehr. Die Wundränder waren innerhalb zehn Tagen vollständig überhäutet; der Epiglottisstumpf zeigte eine glatte, blasse Narbe.

Herr Dr. Marckwald in Barmen, dem ich die Epiglottis zur Untersuchung eingesandt hatte, teilte mir folgenden mikroskopischen Befund mit:

Die Epiglottis ist tuberkulös erkrankt. Die Tuberkelknötchen nehmen das Gewebe zwischen Epithel und Knorpel so vollkommen ein, dass zwischen ihnen fast nur die Blutgefässe mit ihren adventitiellen Hüllen erhalten sind. Auch die Drüsenläppchen sind grösstenteils tuberkulös erkrankt. Die einzelnen Knötchen sind zentral grösstenteils leicht nekrotisch, einzelne enthalten sehr grosse Riesen-

zellen von Langhansschem Typus. Die Blutgefässe haben verdickte Wandungen, Media und Intima hier und da mit Hyalineinlagerungen versehen.

Die Patientin blieb nun längere Zeit aus meiner Behandlung fort. Anfang März 1909 bemerkte sie, die bis dahin eine glatte, frische äussere Gesichtshaut hatte, ein kleines Knötchen am rechten Ohrläppchen von etwa Stecknadelkopfgrösse, an dem ich jedoch schon makroskopisch ein verkästes Zentrum zu erkennen glaubte und dessen Umgebung völlig reaktionslos war. Da ich das Knötchen ebenfalls für Lupus hielt, exzidierte ich am 10. März 1909 ein keilförmiges Stück aus der Umgebung und erhielt von Herrn Dr. Marckwald, der dasselbe mikroskopisch untersucht hatte, folgenden Bericht:

Das Hautstückchen ist tuberkulös erkrankt, und zwar handelt es sich um die Entwickelung eines Konglomerattuberkels in der Subkutis. Die Haut in der Umgebung des Tuberkels ist in allen Schichten unverändert, in der Nähe des Tuberkels beiderseits ist das Epithel verdickt, die Epidermiszapfen kolbig aufgetrieben und erheblich verlängert, über den zentralen Teilen des Tuberkels dagegen nekrotisch. Einzelne solitäre Knötchen zeigen Verkäsung, andere an der Randzone der Verkäsung Riesenzellen mit typisch wandständigen Kernen bei zentraler Nekrose; diese weisen also sämtliche Merkmale eines Tuberkelknötchens auf.

Die Wunde am Ohre heilte primär ganz glatt, so dass man beim Anblick der Narbe gar nicht daran denkt, dass hier ein lupöser Herd gesessen haben könnte. —

Kurz bevor ich die Patientin in der Versammlung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte am 2. Mai 1909 vorstellte, habe ich sie noch einmal gesehen. Ich fand die Narbe am Ohrläppchen unverändert, auch sonst die Gesichtshaut intakt, den Epiglottisstumpf ebenfalls ganz glatt und reaktionslos, aber ich konnte ein weiteres Fortschreiten des lupösen Prozesses auf das Innere des Kehlkopfes konstatieren! Die aryepiglottischen Falten sind sicher dicker als vorher, ebenso zeigen die infiltrierten Taschenbänder deutliche lupöse Knötchen, ferner ist die Schleimhaut über den Aryknorpeln mit Knötchen besetzt, auf dem linken Aryknorpel sieht man zwei kleine Ulcera. Die Stimmbänder sind, soweit sie nicht von den infiltrierten Taschenbändern verdeckt werden, normal. Weiter zeigen sich jetzt auch die beiden vorderen Gaumenbögen deutlich verdickt und mit kleineren und grösseren Knötchen besetzt. Schon im Oktober 1908 war mir hier eine ganz geringe Körnung der Schleimhaut aufgefallen; jetzt aber sieht man deutlich, dass die Ränder der Gaumen-

bögen nicht mehr scharf und dünn sind wie vordem, sondern stumpf und verdickt.

Wir sehen also auch hier genau so wie in dem von Rosenberg beschriebenen ersten Falle in gewissen Zwischenräumen neue lupöse Herde auftreten; zwar sind in meinem Falle die alten Herde nicht spontan zurückgegangen, aber doch unter der chirurgischen Behandlung glatt geheilt, ohne bisher neue Knötchen in der Narbe zu bilden. Ich hatte anfangs gehofft, bei der Beschränkung des Lupus auf die Epiglottis durch Amputation derselben den Prozess zum Stillstand zu bringen, doch möchte ich jetzt glauben, dass dies nicht möglich ist. Ich wollte aber auch bei Abtragung der Epiglottis durch die mikroskopische Untersuchung die Gewissheit haben, dass es sich wirklich um den immerhin seltenen primären Larynxlupus handelte, wenn ich auch kaum noch an der Diagnose zweifelte. Ich hatte zwar vorher nie einen Fall von Larynxlupus gesehen, aber ich kannte auch keine andere Erkrankung, auf die die Symptome und der Befund passten: Eine Epiglottis, dreimal so dick wie eine normale, dicht besetzt mit kleineren und grösseren Knötchen, an deren freiem Rande schliesslich ein Geschwür mit freiliegendem Knorpel entsteht, kann nur lupös erkrankt sein, wenn absolut keine Schmerzen bestehen. — Ich möchte gerade der geringen Schmerzhaftigkeit beim Lupus des Kehldeckels (und hier lokalisiert sich immer zuerst der Kehlkopflupus) eine hervorragende diagnostische Bedeutung beilegen. Jeder Laryngologe weiss, dass tuberkulöse, luetische und auch andere Geschwüre oder Verletzungen am Kehldeckel ganz gewaltige Schmerzen machen; die geringe Schmerzhaftigkeit des Larynxlupus wird aber von allen Autoren (Rosenberg, Neufeld, Schech u. a.) als Charakteristik hervorgehoben; auch Hansberg erwähnte bei der Diskussion über diesen Vortrag im Verein westdeutscher Hals- und Ohrenärzte die absolute Schmerzlosigkeit des Larynxlupus in einem von ihm beobachteten Falle.

Die Stimmbänder scheinen, wenn überhaupt, nur in den allerseltensten Fällen affiziert zu werden. Sowohl Neufeld wie Rosenberg geben an, dass die Stimmbänder, soweit sie sichtbar waren, nicht in den lupösen Prozess einbezogen wurden. Auch ich sah im Mai 1908 bei meiner Patientin noch ganz glatte, weisse, dünne Stimmbänder; jetzt sind sie, soweit man sie wegen den überlagernden verdickten Stimmbändern sehen kann, ebenfalls normal.

Von einer spontanen Narbenbildung habe ich bis jetzt bei der Patientin nichts gesehen. Es scheint sich überhaupt in meinem Falle um eine noch relativ frische, im Fortschreiten begriffene Erkran-

kung zu handeln. Ich werde die Patientin im Auge behalten und später vielleicht über den weiteren Verlauf berichten können.

In den Fällen von Neufeld und Rosenberg beschränkte sich der Lupus auf den Kehlkopf, in meinem Falle erkrankte sekundär nicht nur die Schleimhaut anderer Organe (Gaumenbögen), sondern auch die äusseren Häute. Es scheint, als wenn dies schon einmal beobachtet worden wäre, da Brondgeest (zit. in Schech: Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre) diese Art der lupösen Propagation als etwas besonderes hinstellt.

Zum Schluss möchte ich noch erwähnen, dass die Patientin nach der Amputation der Epiglottis innerhalb drei Monaten 13 Pfund an Körpergewicht zugenommen hatte, allerdings bei roborierender Behandlung, soweit diese bei der Patientin, die die Tochter einer armen Witwe ist, möglich sein kann.

Einige Bemerkungen über Gefährlichkeit und Indikationen nasaler Operationen.

Von

Dr. E. Kronenberg.

In Nr. 23 der Münchener med. Wochenschrift finden sich am Schlusse eines Fortbildungsvortrages von H. Schwartze[1]), der sich vorwiegend mit diagnostischen Irrtümern und therapeutischen Missgriffen in der Ohrenheilkunde beschäftigt, einige Bemerkungen über nasale Eingriffe und deren Gefährlichkeit für die Ohren, die nicht völlig unwidersprochen bleiben dürfen, zumal, da sie von so autoritativer Seite kommen und weil sie wegen des Kreises von praktischen Ärzten, an die sie sich richten, leicht zu Missverständnissen führen können.

Schwartze spricht sich zunächst gegen die überflüssige chirurgische Polypragmasie bei der Behandlung der Nase aus; er sagt, das Brennen, Brechen, Sägen in der Nase ohne Not sei zu einer ergiebigen Quelle sekundärer Entzündungen im Ohr geworden. „Soll doch an manchen Orten die Operation der Verbiegungen und Auswüchse am Septum geradezu sportmässig betrieben werden, auch wo sie gut entbehrlich wäre. Asepsis der Nase gibt es nicht, also sind die Gefahren für die Fortleitung der Entzündung auf das Ohr nicht zu unterschätzen. Für mich sind diese intranasalen Operationen anderer, welche ich selbst nur in ganz dringenden Fällen für indiziert halte, eine recht ergiebige Quelle akuter Otitiden geworden, die mit schweren Nachteilen für das Allgemeinbefinden verliefen, sogar mit Ausgang in Pyämie, wo es nur durch sehr eingreifende Ohroperationen gelang, das Leben zu erhalten."

---

[1]) Schwartze, Drei Vorträge aus dem Gebiet der Ohrenheilkunde. III. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23. 1909. S. 1161 ff.

Der Praktiker, welcher von einer so hervorragenden Persönlichkeit wie Schwartze diese Ausführungen liest oder hört, muss gewiss eine übertriebene Vorstellung von der Gefährlichkeit intranasaler Operationen bekommen. Zweifellos ist in den Jugendtagen der Rhinologie reichlich viel in der Nase gebrannt und amputiert worden, und es ist zuzugeben, dass diese Kinderkrankheit des Zuvieloperierens, die alle neu sich entwickelnden Disziplinen, auch die chirurgische Ohrenheilkunde, durchzumachen hatten, in der Rhinologie besonders heftig aufgetreten und noch nicht völlig überwunden ist. Vor allem ist zuzugeben, dass noch heute manchem Nasenarzt ein unsymmetrisches Septum ein Greuel ist, und unbedingt gerade gerichtet werden muss, auch wenn besondere Beschwerden nicht bestehen. Aber ebenso gewiss ist, dass mit der zunehmenden Erfahrung nicht nur des einzelnen, sondern des Gesamtfaches, die Indikationsstellung für die chirurgische Rhinologie immer straffer geworden ist und dass vor allem infolge der besseren Ausbildung und des allmählichen Verschwindens der Pseudospezialisten die überflüssige Operationswut abgenommen hat. Interessant ist, dass fast gleichzeitig mit Schwartzes harter Beurteilung ein Mann wie Felix Semon[1]) auf diese Dinge als auf lange vergangene Verirrungen zurückblickt. „Man denke nur an die masslose Nasenbrennerei, ... an die unverständigen Übertreibungen der Adenoidoperationen, an die maschinenmässigen Entfernungen der unteren Muscheln, ... an die zahllosen Operationen zur Entfernung von Hervorragungen und Verbiegungen der Nasenscheidewand, die — bisweilen unter den sonderbarsten Indikationsstellungen — Jahre hindurch vielfach als höchstes Ziel rhinologischen Strebens galten. Was ist aus allen diesen Dingen geworden? — Die gegenwärtige Generation gedenkt ihrer als Jugendsünden, deren man sich nicht gerade gern erinnert."

Schwartze sagt, solche intranasalen Operationen seien für ihn nur in ganz dringlichen Fällen indiziert. Wenn damit gesagt sein soll, dass in jedem Einzelfall gewissenhaft zu überlegen sei, ob eine Operation am Platze ist oder nicht, so kann man sich damit nur einverstanden erklären. Der allgemeine Praktiker wird aber aus einer solchen Äusserung heraushören, und besonders, wenn er einige Zeilen weiter liest, dass Schwartze zur Operation von Empyemen nur bei anhaltenden, kaum erträglichen Kopfschmerzen rät (wovon später), dass der Patient schon sehr erhebliche Beschwerden geduldig hinnehmen muss, bevor der Fall für sehr dring-

---

1) Zentralbl. f. Lar. etc. 1909. Nr. VI. S. 280.

lich erklärt wird. Und das würde doch weder der ärztlichen Humanität entsprechen, die Beschwerden dann auch zu beseitigen sucht, wenn sie nicht gerade zu den unerträglichen gehören, noch würde es dem Ansehen und der Entwickelung unserer Disziplin förderlich sein. Die Bedeutung einer freien Nasenatmung für das allgemeine Wohlbefinden, für die körperliche Entwickelung, für die Verhütung einer Reihe von Infektionskrankheiten etc. etc. ist so zweifellos, dass darüber wohl nicht zu streiten ist. Wenn eine gewissenhafte funktionelle Diagnose zu dem Resultat geführt hat, dass eine beträchtliche Behinderung der Nasenatmung die Folge einer operativ zu beseitigenden nasalen Störung ist, so wird man — wenn keine dringenden Gründe dagegen sprechen — die Beseitigung des Hindernisses vorschlagen dürfen, ohne in den Verdacht einer unberechtigten Polypragmasie zu geraten. Malt man aber dem Patienten in solchen Fällen die Gefahren eines endonasalen Eingriffes allzu lebhaft, so wird man oft genug auch für die „ganz dringenden" Störungen eine Erlaubnis zur Operation nicht bekommen, zumal, wenn sich solche Anschauungen über die Gefährlichkeit endonasaler Operationen im Publikum und bei den Praktikern verbreiten.

Die Gefahr einer sekundären Ohrentzündung ist gewiss nicht zu unterschätzen, darf uns aber ebensowenig hier, wie die Möglichkeit unerwünschter Komplikationen auf anderen chirurgischen Gebieten, abhalten, als notwendig Erkanntes auch auszuführen. Im allgemeinen wird ja die Gefahr einer Ohrkomplikation um so geringer sein, je sorgfältiger und kunstgerechter eine Operation ausgeführt wird. — Die in der Nase nicht völlig durchführbare Asepsis, die übrigens streng genommen, auch bei der Operation eiteriger Ohrprozesse nicht erreichbar ist, kann uns von nötigen Eingriffen nicht zurückschrecken und darf vor allem nicht überschätzt werden. Wie gross die Zahl von Ohrkomplikationen nach Nasenoperationen ist, wird sich schwer nachweisen lassen. Nach den Ausführungen Schwartzes muss der Praktiker annehmen, sie seien eine recht häufige Erscheinung. Vielleicht, dass gerade Schwartze dadurch zu seiner pessimistischen Auffassung kommt, weil sich bei ihm besonders oft von den verschiedensten Operateuren erzeugte Ohrkomplikationen zusammenfinden. Ich habe in 15 jähriger Praxis *einmal* nach einer Nasenoperation eine Ohreiterung erlebt, die *zur Aufmeisselung* führte und dann glatt heilte. Es war dies nach der Entfernung einer den Patienten sehr belästigenden Crista septi. Durch die Unvorsichtigkeit des Patienten entstand eine heftige Nachblutung, es musste tamponiert werden und nach wenigen Stunden war die Otitis da Ausserdem habe ich zwei schwere Ohreiterungen ge-

sehen, die aber ohne Operation heilten, eine nach der Beseitigung eines blutenden Septumpolypen, die andere nach Entfernung einer starken Muschelhypertrophie. Bei allen anderen Ohrkomplikationen — ich erlebe deren bei einem recht grossen Material kaum mehr als zwei bis drei jährlich, Ohrstörungen nach Adenoidenoperationen einbegriffen — handelte es sich entweder nur um leichtere Reizungen des Trommelfells, schnell vorübergehende Injektionen und in einzelnen Fällen um schnell ablaufende akute eiterige Otitiden. Natürlich sind alle diese Ereignisse zu beklagen, sie müssen uns immer wieder mahnen, möglichst sorgfältig und sauber zu arbeiten, können aber im übrigen unser Urteil über die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffes im Einzelfall nicht beeinflussen.

Übrigens steht diesen verhältnismässig seltenen Ohrkomplikationen die ganz ausserordentlich viel grössere Zahl von Fällen gegenüber, in denen ein intranasaler Eingriff ein Ohrenleiden günstig beeinflusste oder dessen Behandlung erst möglich machte.

Weiter führt Schwartze aus: „Die extranasalen Eingriffe gegen die chronischen Empyeme sind relativ weniger gefährlich, weil man die Höhlen von aussen dabei ganz freilegt und dann tamponiert. Indessen sind auch diese Eingriffe nur bei dringender Notwendigkeit, wenn das Empyem zu anhaltenden, kaum erträglichen Kopfschmerzen führt, anzuraten. Besonders mit dem Ausräumen des Siebbeins und des Keilbeins sollte man recht vorsichtig sein, weil dabei eine Nebenverletzung an der Schädelbasis leicht passieren kann und dann zu einer schnell tödlich verlaufenden Meningitis Veranlassung gegeben wird. Aus der Seltenheit der Publikation solcher unglücklicher Ereignisse darf man nicht auf die Seltenheit des Vorkommens schliessen."

Auch diese Ausführungen müssen meines Erachtens bei dem allgemeinen Praktiker, für den sie doch bestimmt sind, ein ungenaues und viel zu geringwertiges Bild von den Leistungen der operativen Rhinologie gerade auf deren segensreichstem Gebiet hervorrufen. Wenn Schwartze chronische Empyeme nur bei anhaltenden, kaum erträglichen Kopfschmerzen operiert, so werden sich die meisten Rhinologen mit einer so summarischen Indikationsstellung wohl nicht einverstanden erklären. Man kommt so zu einem bedenklichen laissez aller, und bekanntlich sind bei Erkrankungen besonders der oberen Nebenhöhlen, Stirnhöhlen und Siebbeinzellen auch ohne vorhergegangene anhaltende, kaum erträgliche Kopfschmerzen orbitale oder endokranielle Komplikationen nicht so selten, als dass man allzu-

lange und allzuruhig solchen Eiterungen mit verschränkten Armen zusehen dürfte. Ausserdem sind doch auch die Belästigungen anderer Art, zumal bei Kieferhöhleneiterungen, auch ohne irgend wesentliche Kopfschmerzen so gross und die Gefahren des Eingriffes so gering, dass der hochkonservative Standpunkt Schwartzes auf diesem Gebiete nicht berechtigt erscheint. Schwartze wäre gewiss nicht der grosse Bahnbrecher in der Entwickelung der operativen Ohrenheilkunde geworden, als welchen wir ihn verehren, wenn er hier ebenso zurückhaltend geblieben wäre wie gegenüber den Empyemen der Nebenhöhlen.

Schwartzes Rat, beim Ausräumen des Siebbeins und der Keilbeinhöhle recht vorsichtig zu sein, wird gewiss jeder befolgen, der an die subtile operative Behandlung dieser Teile herangeht. Gerade hier aber haben wir wohl grosse Sünden nicht fachlich ausgebildeter Ärzte am wenigsten zu fürchten; solche operativen Massnahmen erfordern eine derartige Höhe der Technik und der anatomischen Kenntnisse, dass es sich bald erweisen wird, ob jemand die Eignung zu einem Spezialarzt auf diesem Gebiet besitzt oder nicht. Wer sich hier nicht sicher fühlt, wird in den allermeisten Fällen sein Heil auch da bei einer konservativen Behandlung suchen, wo dieselbe erfolglos bleiben muss.

Was nun die Häufigkeit einer Verletzung der Schädelbasis und dadurch erzeugten tödlichen Meningitis anbelangt, so ist es leider zweifellos, dass solche Fälle gelegentlich vorgekommen sind; auch bei völliger Beherrschung der Technik lässt sich die Möglichkeit einer postoperativen Meningitis nicht unter allen Umständen vermeiden. Die operative Rhinologie teilt dieses Missgeschick mit der Otologie, — auch nach Aufmeisselungen, die nach allen Regeln der Kunst und Technik vorgenommen wurden, ereignet sich gelegentlich eine Meningitis, bei welcher der Operateur seinen Eingriff nicht von aller Mitschuld freisprechen kann. Sie teilt es ferner mit der Chirurgie und Gynäkologie, — trotz aller Entwickelung der Asepsis und der übrigen technischen Errungenschaften sind leider auch heute Fälle tödlicher Peritonitis nach Laparotomien noch nicht völlig verschwunden. Es sind das traurige Ereignisse, die ja meist in der Besonderheit des Falles ihre Erklärung finden, uns aber immer wieder an die trotz aller Fortschritte eben noch vorhandene und nie ganz zu überwindende Unvollkommenheit unseres Könnens und Wissens mahnen. Sie sollen uns veranlassen, eifrigst weiter zu arbeiten an der Vervollkommnung unserer Kunst, aber nicht allzuängstlich auf unsere nützliche Arbeit auch auf gefährlicherem Boden zu verzichten.

Wenn aber Schwartze sagt, aus der Seltenheit der Publikation dürfe nicht auf die Seltenheit des Vorkommens solcher Ereignisse geschlossen werden, mit anderen Worten also, tödliche Meningitiden nach endonasalen Eingriffen an Sieb- und Keilbein seien eben nicht selten, so muss dem doch entschieden widersprochen werden. Soweit meine Kenntnis reicht, sind es sogar heute grosse Seltenheiten. Einige Gewissheit würde man durch eine Enquete bei einer grösseren Anzahl von Fachkollegen erhalten, und vielleicht wäre eine solche gegenüber derartigen Anschuldigungen gegen die operative Rhinologie nicht von der Hand zu weisen. Aber auch ohne dieselbe glaube ich das Recht zu haben, zu sagen, dass Meningitiden infolge von Eingriffen am Siebbein oder Keilbein höchst seltene Unglücksfälle sind. Ich selbst habe in meiner Praxis keinen solchen Fall erlebt, auch von einer Anzahl mir nahestehender Kollegen, bei denen ich Umfrage gehalten habe, konnte mir über eine postoperative nasale Meningitis nichts berichtet werden. Ich möchte annehmen, dass gerade solche Fälle im Interesse der Wissenschaft von Kollegen, die überhaupt publizieren, zu allermeist veröffentlicht werden.

Andererseits sind nasale Meningitiden und Hirnabszesse nach nicht operierten Siebbeineiterungen, wenn auch nicht geradezu häufig, so doch auch nicht allzuselten, und dass bei derartigen Erkrankungen eine zu spät kommende Operation keine Heilung mehr bringt, ist nicht weiter verwunderlich. Und wir müssen uns allen Ernstes fragen: Was ist gefährlicher, einen Eiterherd im Siebbein nach allen Regeln der Kunst und Technik aufsuchen und nach der Nase breit freilegen, oder ihn so nahe der Schädelbasis unberührt zu lassen, ohne dass wir imstande sind, einen Einfluss auf seine Entwickelung zu üben, ohne dass wir beurteilen können, ob er stationär bleibt, vielleicht einmal spontan ausheilt oder sich weiter ausdehnt? Und wenn eine Siebbeineiterung einmal zu Hirnkomplikationen führt, so geschieht es wohl noch heimtückischer und ohne warnende Vorzeichen, wie bei den Ohreiterungen, wofür aus der Literatur ohne Mühe Beispiele beizubringen wären.

Alle diese Ausführungen sagen den Lesern dieser Zeitschrift nichts Neues. Sie wären auch überflüssig, wenn nicht die unfreundliche Beurteilung der operativen Rhinologie von so hervorragender Stelle ein Zeugnis dafür wäre, dass die Errungenschaften unserer Disziplin noch lange nicht die allgemeine Würdigung gefunden haben, auf die sie Ansprüche machen können. Vielfach werden sie besonders vom Praktiker überschätzt, — es ist auch jetzt noch keine Selten-

heit, dass als ultima ratio der Nasenarzt zugezogen wird, der ein schlecht entwickeltes Kind durch Wegnahme einer nicht vorhandenen Rachenmandel heilen, ein Asthma durch einen überflüssigen nasalen Eingriff beseitigen soll etc. etc. Gegen solche Zumutungen hilft uns unsere eigene Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit. Wenn aber unsere Leistungen unterschätzt und deren Bedenklichkeit überschätzt werden, noch dazu von so autoritativer Seite und vor einem Hörer- und Leserkreis, der in diesen Dingen ein eigenes Urteil nicht besitzt, wenn dadurch das Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Nützlichkeit unserer ärztlichen und wissenschaftlichen Arbeit geschmälert wird, so müssen wir gerade gegenüber einem so hervorragenden Meister, wie Schwartze es ist, entschiedenen Einspruch erheben.

II. Referate.

I. Allgemeines, Geschichte usw.

128. **Borini, Di un nuovo apparecchio inalatore. (Über einen neuen Inhalationsapparat.)** *Archivio it. di Otologia etc. 1909, Nr. 3.*

Der kleine Apparat, in der Form ähnlich einem Fläschchen mit 2 Hälsen wird mit einem je für akute und chronische Affektionen der oberen Luftwege verschiedenen, in seiner Zusammensetzung etwas geheimnisvoll verschwiegenen Mittel (Emanol α und β!!) beschickt und mittelst der beiden halsähnlichen Ansätze in die Nase eingeklemmt. Nach Angabe des Autors wird der Apparat zwecks Dauerinhalation mit gutem Erfolg von den Patienten in jeder Körperhaltung, auch während der Thätigkeit, ohne Belästigung getragen. Brühl, Gardone-Riviera — Binz a. Rügen.

129. **Grosskopf, Einfluss der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf die oberen Luftwege.** *Arch. f. Lar., Bd. 21, H. 3.*

An 50 Schwangeren fand Grosskopf in der Mehrzahl Veränderungen in Nase, Rachen und Kehlkopf, besonders in letzterem, und zwar an Epiglottis, Taschenbändern und Aryknorpeln, seltener an den Stimmbändern. Die Veränderung bestand in Rötung, Schwellung und Auflockerung, nahm meist während der Gravidität zu, um nach der Geburt zur Norm zurückzukehren. Hierdurch erklärt sich der bekannte Einfluss der Schwangerschaft auf die Larynxphthise. Arth. Meyer.

130. **Z. Janke, Chronische Rachen-Kehlkopfkatarrhe und die Balneotherapie in Luhacovic.** *Časopis Lekařuv českych, 1909, H. 22.*

Besprechung und Empfehlung der alkalisch-muriatischen Heilquellen von Luhacovic (Mähren), welche Verf. an mehr als 700 Patienten zu erproben Gelegenheit hatte. Verwendet werden diese Mineralwässer äusserlich zu Umschlägen (bei lymphatischen Individuen) zu Trinkkuren, Gurgelungen, Inhalationen nach verschiedenen Systemen, in 2. Linie auch zu Bädern. Besonders geeignet sind Rachen-Kehlkopfkatarrhe, welche einer allgemeinen Ursache wie Anämie, chron. Rheumatismus, Diabetes etc. ihre Entstehung verdanken. Imhofer.

131. **Jungherr, Die bisherigen Leistungen der Röntgenphotographie auf dem Gebiete der Rhinologie, Laryngologie und Otologie.** *Zeitschr. f. mediz. Elektrologie und Röntgenkunde, Bd. 10, S. 129.*

Die Arbeit bietet eine sorgfältige Zusammenstellung der Röntgenliteratur auf dem Gebiete der Nasen-, Hals- und Ohrenleiden.

Stein, Wiesbaden.

132. **Nieddu, Ricerche del triponema pallidum per la diagnosi eziologica delle malattie otorinolaringee. (Untersuchungen über das Triponema pallidum betreffs ätiologischer Diagnose bei Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.)** *Archivio it. di Otologia etc. 1909, Nr. 1 u. 2.*

Nieddu konnte die Spirochaeta pallida in einem Primäraffekt des Nasenseptums nachweisen; ebenso war stets in sekundärluetischen Affektionen der oberen Luftwege — Sekundärprozesse des Ohres und Nase sind sehr selten — die Untersuchung positiv; bei einer Reihe von tertiären Lokalerkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres gelang dagegen der Nachweis, wenigstens in den oberen Gewebsschichten trotz vielfacher Präparate nicht.

Während demnach für die primären Prozesse in Ohr und oberen Luftwege das Mikroskop die oft nicht ganz klare Diagnose sicher zu stellen ermöglicht, während für die Sekundäraffektionen bei der relativen Leichtigkeit der klinischen Diagnose der stets positive Spirochätenbefund nicht schwer in die Wagschale fällt, versagt der Nachweis des spezifischen Erregers leider gerade in den Fällen tertiärer Prozesse in Ohr und oberen Luftwegen (entsprechend den Befunden auch bei den Tertiäreruptionen der äusseren Integumente), also in denjenigen Fällen, bei denen angesichts der selbst für den geübten Spezialisten sehr oft vorhandenen differential-diagnostischen Schwierigkeiten die Möglichkeit einer exakten ätiologischen Diagnose am ehesten erwünscht wäre.

Brühl, Gardone-Riviera — Binz a. Rügen.

133. **Ruprecht, Bremen, Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln und des Trommelfells.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 2 u. 4.*

Verfasser spricht sich mit aller Entschiedenheit gegen die Anwendung der reinen Chloroformnarkose aus. Er sieht darin eine Komplikation, welche zwar segensreich, aber keineswegs völlig gefahrlos ist und darum in keinem Verhältnis zu dem an sich ungefährlichen Eingriff steht. Die Lokalanästhesie, deren Technik in der Arbeit nachzulesen ist, liefert ausgezeichnete Resultate, und lässt sich sehr wohl auch bei Kindern anwenden. Die Trommelfellanästhesie mit einer gesättigten Alypin-Suprareninlösung, deren Technik gleichfalls genau beschrieben ist, gelingt vollständig. Eine Intoxikationsgefahr etwa durch Resorption erscheint ausgeschlossen.

Sommer, Würzburg.

134. **Wassermann, Die Bedeutung des Röntgenverfahrens auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie.** *Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. 12, H. 5.*

Die Röntgenstrahlen haben die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen ausserordentlich gefördert. In Kombination mit den bisherigen Me-

thoden kann nun eine fast sichere Diagnose gestellt werden. Verf. verfügt über 40 Fälle, welche operativ kontrolliert werden konnten. Auch für die Operation selber werden wichtige Aufschlüsse gewonnen, da z. B. bei der Stirnhöhle die Photographie über Konfiguration der Höhle, Buchten, Septen etc. genaueste Auskunft gibt. Ebenso kann auch später der Dauererfolg der Operation kontrolliert werden. Die Technik besteht regelmässig in der occipitofrontalen Aufnahme unter Verwendung der Kompressionsblende und halbweicher Röhre. Stein, Wiesbaden.

2. Nase und Nebenhöhlen.

135. **Willis. S. Andersen, Local and systemic conditions due to nasal obstruction.** *The journal, March 20.*

Verf. sucht, wie so viele andere vor und mit ihm, die Ursache für die hier so häufigen Nasenrachenerkrankungen, in einer Obstruktion der Nase. Die verschiedensten Dinge sind schon zur Erklärung herangezogen worden; bald ist es Autointoxikation, bald ist es Feuchtigkeit, dann wieder Trockenheit, die Staubentwickelung, fehlerhafte Heizung etc. Was nun die Nasenverlegung betrifft, so ist es ja eine allbekannte Sache, dass sie Kongestion und Katarrh hervorrufen kann. Es ist aber grundfalsch, anzunehmen, das die Form der Rhinitis, mit der wir es hier in Amerika so häufig zu tun haben, irgend etwas mit Nasenobstruktion zu tun hat. Bei diesen mit Hyperplasie beginnenden und schliesslich zur Atrophie führenden Formen findet man Nasenverlegungen nicht häufiger als bei anderen Nasenerkrankungen, und wenn Nasenverlegung besteht, so ist dieselbe häufig Ausdruck der Hyperplasie, d. h. es ist die Krankheit selbst und nicht deren Ursache. — Nach Referents Auffassung handelt es sich in diesen Fällen um Entwickelungsanomalien der Nasengebilde auf hereditärer Basis, deren Anfänge sehr häufig schon in die früheste Kindheit, ja vielleicht schon in die fötale Periode fallen. Max Heimann.

136. **A. Bauer, Nasenbluten eines syphilitischen Neugeborenen.** *Allg. med. Zentral-Zeitung 1909, Nr. 4.*

Bericht eines Falles. Bauer kommt zu folgendem Resumé:

1. Nasenbluten Neugeborener scheint nicht häufig zu sein.
2. Es gehört, wenn es spontan auftritt, zu den im allgemeinen noch nicht aufgeklärten hämorrhagischen Prozessen.
3. Wir sehen solche häufig bei allgemeiner Sepsis Neugeborener.
4. Ein von uns beobachteter Fall bot klinisch und anatomisch keinen Anhalt für Sepsis, wohl aber für Heredosyphilis.
5. Wir leiten aus unserer Beobachtung die Berechtigung ab, bei scheinbaren Spontanblutungen Neugeborener immer dann differentialdiagnostisch an Heredosyphilis zu denken, wenn Symptome einer allgemeinen septischen Infektion fehlen.

137. **Brown, Robert Curtis, Some factors in the etiology of a common cold.** *Med. Record, Febr. 6.*

Verf. hält den Schnupfen für eine vasomotorische Kongestion infolge Abkühlung gewisser Hautgebiete, nicht für einen infektiösen Prozess. Max Heimann.

138. **Brown-Kelly, Glasgow, Nasenhöhlenpolyp.** *Lancet, 9. Jan. 1909.*

Seit der Veröffentlichung von Killians Bericht im „Lancet" vor 3 Jahren, hat Brown Kelly 15 Fälle von Choanal- oder Nasennebenhöhlenpolyp beobachtet. Von diesen waren nicht weniger als 10 bei Personen unter 20 Jahren, während in 100 Fällen des gewöhnlichen Nasenpolypen nur 3 im Alter von unter 20 Jahren vorkamen. In den meisten Fällen fand man ein grosses Gebilde, obgleich Symptome nur während 2 oder 3 Monaten vorhanden gewesen waren; es scheint also sehr schnell zu wachsen.

In 7 Fällen ergab die Durchleuchtung der affizierten Seite des Antrums gleiche oder grössere Helligkeit als auf der anderen und in allen diesen Fällen fand man, als das Antrum dann geöffnet wurde, dass es eine Zyste enthielt.

Der Verf. nimmt als sicher an, dass der Choanal- oder Nasopharyngeal-Polyp seinen Ursprung immer vom Antrum nimmt und daher richtiger Naso-antral-Polyp heissen sollte. Der Befund in der Kieferhöhle ist am häufigsten eine Zyste, aber es kann auch ein Polyp bei allgemeiner Verdickung der Schleimhaut sein.

Eine breite Öffnung als Verbindung zwischen dem Antrum und der Nase — gewöhnlich ein Ostium accessorium — ist immer vorhanden.

In einem früheren Berichte zeigte der Verf., dass bei Personen mit Kieferhöhlen-Zysten eine akzessorische Öffnung um 4 mal häufiger als bei gewöhnlichen Fällen vorhanden ist. In solchen Fällen sind also die Bedingungen zur Bildung eines Naso-antral-Polypen durch Vorwölbung einer Zyste in die Nase besonders günstige. In Anbetracht der Häufigkeit eines Rezidivs nach der Entfernung hat der Verf. in 11 Fällen das Antrum durch die Fossa canina unter lokaler Anästhesie geöffnet und die pathologische Masse, ob Zyste oder Polyp, vom Antrum zugleich mit dessen nasalen Teil des Tumors entfernt. Guthrie, Liverpool.

139. **Carceller, Un caso raro de rinolito. (Ein seltener Fall von Rhinolth.)** *Revist. de medic. y cirug. pract. de Madrid Nr. 1056 v. 28. XII. 1909.*

Der sehr grosse Rhinolith bei einem 11 jährigen Knaben erfüllte die ganze rechte Nase und konnte nur nach vorhergegangener Zertrümmerung extrahiert werden. — Als Kern fand sich das Stück eines Pinienzapfens, welches sich das Kind vor längerer Zeit eingeführt hatte.

Stein, Wiesbaden.

140. **Eugene A. Crockette, What type of operation is best adapted for the relief of disease of the frontal sinus.** *The Boston medical and surgical Journal, January 28, 1909.*

Im allgemeinen adoptiert Verfasser die üblichen Operationsmethoden. Warum er aber bei Frontalsinuserkrankungen und anderen Ethmoidalaffektionen sich vor der Killian'schen Operation scheut, und wieder zu den alten unzulänglichen Behandlungsweisen zurückgreift, ist wohl nur mit einem Mangel an Übung und Erfahrung zu erklären.

Max Heimann.

141. **E. F. Deamer, Angiomata of the face and sinuses. Report of a case of angioma of the antrum Highmori.** *The journal of the Minnesota State medical association, March 1, 1909.*

Angiom der Highmorshöhle hatte Oberkieferknochen nach aussen usuriert; geheilt durch Operation. Max Heimann.

142. **Lee Wallace Dean, The influence on the nose of widening the palatal arch.** *The Journal, March 20.*

In Fällen von enger Nase ohne pathologische Obstruktion, mit hohem Gaumen, hat Verf. stets durch Behandlung des letzteren ein Weiterwerden der Nase und dadurch Besserung der Nasenatmung gesehen.

Max Heimann.

143. **Eisenlohr, Die Wassermannsche Reaktion bei Ozäna.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk., LVII. Bd., 4. H.*

In 15 Fällen von Ozäna stellte Verf. die Wassermannsche Serumprobe auf Lues an; in keinem Falle ergab die Serumreaktion ein positives Resultat; er glaubt daher annehmen zu dürfen, dass weder hereditäre noch akquirierte Syphilis ätiologisch für Ozäna in Frage kommen. In 30 Fällen von Ozäna vorgenommene bakteriologische Untersuchungen ergaben in 50 % der Fälle diphtherieartige Stäbchen, deren Reinkulturen in ihrem kulturellen und färberischen Verhalten sich von echten Diphtheriebazillen nicht unterscheiden liessen; doch gelang es nie, durch Impfung von Meerschweinchen eine Toxinbildung oder Virulenz derselben nachzuweisen. Oertel, Dresden.

144. **Eschweiler, Eine absolute Indikation zur Killianschen Operation bei chronischer Stirnhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVII. Bd., 4. H.*

Für die Fälle, bei welchen die gesunde Stirnhöhle durch anormale Ausbreitung nach der andern, erkrankten Seite letztere von der Pars frontalis des Stirnbeins ab und nach hinten und unten gedrängt hat, hält Verf. jede andere als die Killiansche Operationsmethode für aussichtslos. (Dazu 2 einschlägige Krankengeschichten.) Oertel, Dresden.

145. **Font de Bolèr, Möglichkeit der Rückbildung bösartiger Neubildungen durch Radium.** *Revista barceloncsa de Enfermedades de oido usw., 1. Vierteljahr, 1909.*

Ausführliche Krankengeschichte einer mit einem fibrosarkomatösen Tumor beider Nasenhöhlen behafteten Dame. Nach 60 Sitzungen von Radiumbestrahlungen erfuhr die Neubildung fibröse Verwandlung; die Sarkomzellen waren jetzt nur sehr spärlich. Vielleicht wäre der Heilungsprozess ein vollständiger geworden, wenn eine Meningitis die Patientin nicht dahingerafft hätte. Wahrscheinlich war die Meningitis durch Verschleppung einiger Sarkomelemente zum Gehirn verursacht.

Menier.

146. **Gereda, Über die von der Nase aus ausgelösten Reflexe.** *Revista ibero-americana de Ciencias médias, März 1909.*

In einem Falle von Aphonie auf nervöser Basis, der jeder Behandlung widerstanden hatte, brachte die Kokainpinselung einer hypertrophischen Muschel eine vorübergehende Besserung, die nach der

Abtragung der Hypertrophie zu einer Heilung wurde. In einem anderen Falle, ebenfalls bei einer Dame, verursachte die Einführung des Katheters hysterische Krisen, die durch denselben Eingriff geheilt wurden. Verf. glaubt an die Existenz sogenannter hysterogener Zonen in der Schleimhaut, deren Erregung die verschiedensten Reflexneurosen auszulösen vermag.

Menier,

147. **Goyanes, Equinococo del seno frontal. (Echinokokkus des Sinus frontalis.)** *Revist. de Med. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1058, v. 14. I. 1909.*

23 jähriger Kranker, der seit seinem 10. Lebensjahre eine Anschwellung in der Gegend der rechten Augenbraue hatte, ohne dieser besondere Gewicht beizumessen. Vor 8 Monaten stellten sich plötzlich grosse Schmerzen ein, es trat hohes Fieber auf, und die Schwellung wuchs schnell. Ein Arzt machte eine Inzision und entleerte eine grosse Eitermenge. In der Folge bildete sich eine Fistel, die dauernd sezernierte. Goyanes stellte die Diagnose Stirnhöhlenempyem und legte durch die Operation eine etwa hühnereigrosse Höhle frei, die eine typische Echinokokkenzyste in dem rechten Sinus frontalis war. Der Fall bietet besonderes Interesse, weil die Echinococcuszysten der Stirnhöhlen äusserst selten sind; ausserdem überrascht die sehr langsame Entwickelung, die ja allerdings der von manchen Autoren vertretenen Anschauung entspricht, dass alle Echinokokkenzysten in der Jugend erworben werden; auch der Umstand, dass trotz der Ausdehnung der Geschwulst jedes Sympton von seiten des Gehirns fehlte, ist beachtenswert. Stein, Wiesbaden.

148. **Haberfeld, Wien, Über ein bisher unbekanntes Knorpelgebilde in der Nasenscheidewand des Menschen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 4.*

Verf. fand bei 50 % aller zur Untersuchung gekommenen Erwachsenen an der hinteren Kante der Nasenscheidewand, und zwar in der Schleimhaut derselben, einen grösseren, aus hyalinem Knorpelgewebe bestehenden Herd offenbar rudimentärer Natur. Sommer, Würzburg.

149. **A. Herzfeld, Treatment of epistaxis.** *The Journal, March 13, 1909.*

Verf. berichtet von ausgezeichneten Erfolgen, die er bei Nasenblutungen auch bei Hämorrhagien nach Adenoidoperation mit Natr. perboratum erzielt hat. Max Heimann.

150. **Klippel und L'hermitte, Die Nasenkrisen bei Tabes.** *Semaine Médicale, Nr. 7, 1909.*

Vulpian, Charcot, Pierre Marie u. a. hatten die Geruch- und Geschmackstörungen bei Tabes beobachtet. Die Nasenkrisen stellen nur eine Varietät der tabischen Krisen; oft ist ihr Erscheinen sehr frühzeitig; daher ihre Wichtigkeit für die Diagnose.

Die Verff. teilen diese Krisen in drei Gruppen: 1. Sensorische Nasenkrisen (Stechen und Kitzeln in der Nasenwurzel) mit Empfindung eines starken und unangenehmen Geruchs (manchmal ist eine solche Krise das erste Symptom der Tabes); 2. Spasmodische Krise (häufiges Niesen mit oder ohne Rhinorrhöe). Sie kann am Anfang oder im weiteren

Verlauf der Tabes erscheinen; ist häufig oder vereinzelt und manchmal mit Kakosmie verbunden. 3. Sekretorische Krise (Rhinorrhöe). Bei dieser letzten, die oft im Endstadium der Tabes auftritt, muss man die Differentialdiagnose mit der Rhinorrhöe der chronischen Nephritis und der Hirntumoren machen; aber das Wesen solcher Affektionen bietet genügende Anhaltsunkte für die Diagnose. — Der Spezialist soll immer an Tabes denken, wenn er vor einem Nasenleiden mit dem vorigen Charakter und mit unklarer Ätiologie steht. Menier.

151. von Lénárt, Zusammenhang des Lymphgefässystems der Nase und der Tonsillen. *Arch. f. Lar., Bd. 21, S. 463.*

Verf. untersucht, ob die bekannten Anginen nach Nasenoperation durch Transport der Erreger auf dem Lymphwege entstehen, oder ob die Operation nur die Disposition für eine Infektion von der Oberfläche aus schafft. Mosts Nachweis, dass die Lymphbahnen der Nase und des Rachens reichlich miteinander kommunizieren, spricht für den ersten Modus. Lénárt hat nun Kaninchen, Hunden, Ferkeln in die ventrale Muschel von Aufschwemmung Russ, Tusche und Zinnober injiziert; nach 24 Stunden fand er die Körnchen in der Tonsille wieder, und zwar auch in der der anderen Seite, wenn auch in geringerem Masse, und in der, der Luschkaschen Mandel beim Menschen entsprechenden Schleimhautgegend. Wesentlich stärker waren auch die Lymphdrüsen mit den Körnchen imbibiert. Die Versuche sprechen unzweideutig für die lymphogene Entstehung der traumatischen Anginen. Arth. Meyer.

152. Lermoyez und Aubertin, Giftwirkung des Adrenalins bei nasaler Einträufelung. *Gazette des Hôpitaux, 3. Juni 1909.*

Die längere Zeit fortgesetzten Instillationen von Adrenalin in die Nase erzeugten bei Kaninchen Herzdilatation und manchmal adrenale Hyperplasie; niemals wurde Aortenatherom beobachtet. In einem Falle starb das Versuchstier an akutem Ödem der Lunge. Die lokale Wirkung gibt sich einzig durch Gefässsklerose der Pituitaria und manchmal angiomatöse Kongestion kund. Menier.

153. Lindström, Stockholm, Ein Instrument zur Eröffnung der Siebbeinzellen von deren natürlicher Öffnung aus. *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 5.*

Verf. hat ein Instrument konstruiert, welches den Hajekschen Haken zum Vorbild hat, bei dem jedoch durch den Handgriff der Krauseschen Schlingenschnürer eine genaue Dosierung der herauszureissenden Stücke möglich ist. Sommer, Würzburg.

154. H. Luc, Die intrakraniellen Komplikationen der Stirnhöhleneiterungen. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc., Tome XXXV, Nr. 3.*

Im Jahre 1907, in den Verhandlungen der Deutschen laryngologischen Gesellschaft, bemühte sich Gerber, nicht ohne auf Widerstand zu stossen, den Beweis zu erbringen, dass die Komplikationen im Gefolge von Eiterungen der Stirnhöhle nicht so selten sind als man gemeiniglich glaubt. In einer Distanz von kaum zwei Jahren kann Luc auf eine kasuistische Zusammenstellung, nur die intrakraniellen Komplikationen betreffend, ver-

zichten, so sehr hat nach seiner Meinung eine solche Komplikation den Reiz der Neuheit und des Besonderen verloren. Nichtsdestoweniger wäre man Luc für eine solche, wenigstens prozentualische Zusammenstellung dankbar gewesen. Aber de minimis non curat! Luc war es hauptsächlich darum zu tun gewesen seiner eigenen, mehr als 15 jährigen Praxis der chirurgischen Behandlung der frontalen Sinusitiden Ausdruck zu geben und diesem Streben ist die Arbeit gewidmet, die ursprünglich als Referat für den sattzuhabenden Budapester Kongress bestimmt, jetzt schon in den „Annales" erscheint, weil das Referat seiner Länge wegen vom Komitee des Kongresses zur Kürzung an den Autor returniert worden ist.

Es ist nicht zu leugnen, dass Wiederholungen und Bekanntes die Arbeit stellenweise allzusehr in die Länge ziehen, aber immerhin ist des Wissenswerten darin so viel enthalten, dass keiner, der an die chirurgische Behandlung der Eiterungen der Stirnhöhle schreiten will, in Zukunft diese Lektüre wird missen wollen. Eine solche Arbeit entzieht sich nämlich dem Referat und wollen wir auch nur einige leitende Gedanken herausgreifen.

Zunächst, wie kommt es denn überhaupt zu intrakraniellen Komplikationen im Verlaufe einer Sinusitis frontalis suppurativa? Luc, im Widerspruche mit Gerber (siehe Verhandlungen der Deutsch. laryng. Ges. Nr. 1908, S. 49), sieht als Hauptursache an die anatomischen Verhältnisse, die Verbindungen der venösen Blutbahnen, und gibt bei dieser Gelegenheit die Beschreibung dieser Blutbahnen wieder, die Breschet 1827 gemacht hat. Selbstverständlich bezeichnet das Aufkommen der chirurgischen Ära in der Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen eine Zunahme der intrakraniellen Komplikationen derselben. Es scheint, ohne dass dies Luc ausdrücklich zugibt, dass dieser Faktor der wichtigste ist. Jedenfalls beschäftigt sich Luc am ausführlichsten mit dieser Ätiologie. Als Resultat dieser Ausführungen geht hervor, dass Luc intrakranielle Komplikationen mit tödlichem Ausgang nicht mehr sieht, seitdem er die von ihm inaugurierte Operation zugunsten der Killian-Zaptasschen Modifikation aufgegeben hat. Man hat vielfach in der bakteriologischen Untersuchung des Eiters eine Erklärung dafür gesucht, warum manche Stirnhöhleneiterungen von intrakraniellen Komplikationen gefolgt sind. Nach dieser hat die Art des Eitererregers (Streptokokkus) nichts, die Virulenz desselben vielleicht etwas zu bedeuten, aber über diese wissen wir so gut wie gar nichts.

Von diesen Komplikationen beschäftigt unseren Autor zunächst die Osteomyelitis der Kopfknochen. Die bisher bekannten Fälle sind zusammengestellt. Hierauf folgt die Besprechung der Meningitis im Gefolge der Stirnhöhleneiterung, von der Luc die foudroyante alias postoperative Form, die zirkumskripte und die seröse unterscheidet. Die foudroyante Form spielt sich in 4 Tagen längstens ab und ist, wie Luc dies des weiteren wiederholt, zu vermeiden, wenn man streng antiseptisch nach Killians Vorschriften und Erfahrungen operiert. Weniger ausführlich ist Luc über die zirkumskripte und noch kursorischer, weil ohne persönliche Erfahrung über die seröse Meningitis.

Die zweite grosse intrakranielle Komplikation stellt der Hirnabszess dar. Über denselben sind unsere Erfahrungen, dank der Otologie, heute schon so fortgeschritten, dass alles was Luc über die Symptomatologie sagt, mutatis mutandis, wie längst Gehörtes berührt. Ätiologisch ist es wahr-

scheinlich, dass die Operation, im Gegensatz zur Meningitis, mit der Entstehung des Hirnabszesses nicht in Beziehung zu setzen ist, wenigstens nicht in der grossen Mehrzahl der Fälle. Auf 36 Fälle von Hirnabszess ist die chirurgische Behandlung der Stirnhöhle nur 10 mal als ätiologischer Faktor zu bezeichnen. Es scheint, dass die chirurgische Behandlung dieser Abszesse noch grosse Verbesserungen in der Technik zulässt. Was das Endergebnis anlangt, so zählt Luc auf 36 Abszesse 19 Operationen mit 6 Heilungen. Mit Recht bemerkt Luc, dass die Prognose von der Raschheit der Intervention abhängt und da diese wieder von der rechtzeitigen Diagnose abhängt, so kommt alles darauf an den Hirnabszess, der die frontale Sinusitis zu einer tödlichen Krankheit macht, eher zu erkennen als bis alle Symptome, die ihn charakterisieren, und die von Luc genau gruppiert sind, vereint sind. Klinische Schlauheit und grosse Erfahrung sind da die besten Leiter. Den Schluss der Arbeit bildet das Resümee von 36, teils eigenen teils fremden Fällen von Hirnabszessen als Komplikationen der eiterigen Entzündung der Stirnhöhle. Lautmann, Paris.

155. **Preysing, Über den Durchbruch von Siebbein- und Stirnhöhlen-Empyemen in die Orbita, eine typische Komplikation bei Scharlach.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 94, S. 258.*

Es handelt sich bei dem Durchbruch von Siebbein- und Stirnhöhlen-Empyem in die Orbita um eine im Anschluss an Skarlatina verhältnismässig oft vorkommende, aber wenig oder gar nicht beschriebene Komplikation. Die Erkrankung tritt zumeist nach Abfall des eigentlichen Scharlachfiebers in die Erscheinung. Man denkt zuerst oft, wenn ein entzündliches Ödem eines oder beider Augenlider eintritt, an eine Erkrankung des Tränennasenkanals, besonders weil fast immer vorher Eiterung aus der Nase bestanden hat. Nach einigen Tagen oder später entstand eine entzündliche Schwellung am inneren Orbitalrand. Es kommt oft zu ganz zirkumskripter Fluktuation und der vermeintliche kleine lokale Orbitalabszess wird dann gespalten. Die Wunde heilt aber nun nicht zu, sondern es tritt jauchig-eiterige Sekretion auf, und die Sonde kommt in der Tiefe auf rauhen Knochen. Weiterhin nimmt, wenn kein Eingriff erfolgt, das entzündliche Infiltrat des Orbita-Inhaltes zu, es stossen sich Sequester ab, und es kann zu völligem Verlust des Auges oder zu tödlicher Sepsis oder Meningitis kommen. Die Operation findet meist eine nekrotische Knochenplatte im Gebiete des Siebbeins oder am Boden der Stirnhöhle. Wenn man diese Knochenplatte wegmeisselt, so gelangt man in das eitererfüllte Siebbeinlabyrinth, an das sich unter Umständen die ebenfalls erkrankte Stirnhöhle anschliesst. Preysing hat bisher 7 Fälle beobachtet. Ätiologisch scheint die Schwere der Scharlachinfektion jedenfalls in Betracht zu kommen. Meist liegen auch noch andere Komplikationen, wie Nekrosen des Schläfenbeins, Lymphdrüsenabszesse am Hals etc. vor. Die Erkrankung ist immer einseitig. Die Röntgendurchleuchtung kann event. diagnostisch verwandt werden. Die Therapie ist natürlich nur eine operative. Die Nachbehandlung ist sehr langwierig. Noch nach Wochen und Monaten können sich einzelne kleine Sequester abstossen. Störende Einflüsse auf das Auge hat der operative Eingriff trotz Ablösung der Trochlea nur selten zur Folge. — Prophylaktisch kommt eine sehr sorgfältige Nasenpflege bei Scharlachkranken in Betracht. Stein, Wiesbaden.

156. Beese, Rostock, Zur Behandlung der tuberkulösen Geschwülste und Geschwüre der Nasenscheidewand. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVII. Bd., 4. H.*

Bei isolierten Tuberkulosen des Septums und bei dem durch seinen Zerfall entstandenen Geschwür empfiehlt Verf. statt der meist geübten Auskratzungen und Ätzungen die totale Exzision des erkrankten Septumstücks im Gesunden und gibt die von Körner geübte einfache Methode des kleinen Eingriffs an. Oertel, Dresden.

157. H. Reymond, Primärer tuberkulöser Tumor der Nasenscheidewand. *Gazette médicale de Paris, 1. April 1909.*

Haselnussgrosser Tumor der linken Nasenhälfte; man könnte ihn für einen Polypen halten. Die Untersuchung zeigte, dass er an den vorderen unteren Teil der Nasenscheidenwand durch einen breiten Stiel fixiert ist. Abtragung mit der kalten Schlinge. Histologischer Befund: Tuberkulose. — In einem zweiten Falle hatte Verf. mit der wuchernden Form der Nasentuberkulose zu tun. Vollständige Heilung nach dem Eingriff, wie im ersten Falle.

Diese Fälle beweisen, dass die vordere untere Partie der Nasenscheidewand der Lieblingssitz solcher Tumoren ist (Einfluss der Traumen und der leichteren Einimpfung mit Tuberkelbazillen); dass die Frauen viel öfter von diesen Neubildungen befallen sind als die Männer; dass diese Tumoren sich langsam, schmerzlos und tückisch entwickeln; dass endlich eine gute Abtragung mit starker Kauterisation der Implantationsstelle eine vollständige und definitive Heilung herbeiführt. Menier.

158. Spiro, Krakau, Ein Beitrag zur Behandlung des akuten Nasenkatarrhs. *Journ. of Laryng., Febr. 1909.*

Der Verf. empfiehlt mit besonderem Nachdruck den Gebrauch von „Adrenalin Jubalant", welches aus 1 Teil Adrenalinhydrochloride zu 1000 Teilen einer aromatischen Öl-Basis mit 3 % Chloretone besteht. — Er gebraucht dieses Präparat um die Nasenschleimhaut damit zu pinseln; gibt innerlich Aspirin (0,5 g) und reibt die Schläfen und die Stirn mit Koryphin, einem Menthol-Äther, das von einer Fabrik für Chemikalien in Elberfeld fabriziert wird. Guthrie, Liverpool.

159. R. Tietze, Rumburg, Zur Ätiologie der Rhinitis atrophicans. *Prager med. Wochenschr. 1909, Nr. 23.*

38jährige Frau mit typischen Ozänabeschwerden. Nase und Epipharynx mit Borken austapeziert, die aber nicht den intensiven typischen Geruch zeigten. Ein Eiterherd liess sich nicht finden. Nach Entfernung der linken mittleren Muschel entleert sich eine grosse Menge glasigen Schleimes, der unter hohem Drucke steht. Nachlassen der bisherigen Kopfschmerzen, Ausräumung des Siebbeins links, später des Siebbeines und der Keilbeinhöhle rechts. Versiegen der Sekretion.

Es illustriert dieser Fall, dass auch eine schleimige Absonderung der Nebenhöhlen genügt, um ein der Ozäna ähnliches Symptomenbild zu erzeugen, wenn nur das Sekret beträchtlich genug ist, um zu Borken zu erstarren, und die Schleimhaut atrophisch zu machen. Imhofer.

160. **R. Tietze, Rumburg, Beitrag zur Behandlung der Kieferhöhleneiterungen.** *Prager med. Wochenschr. 1909, Nr. 23.*

Tietze öffnet unter Schonung der unteren Muschel das Antrum in seiner ganzen Länge und hoch hinauf bis zum Ansatze der unteren Muschel. Dazu verwendet er eine verstellbare Kieferhöhlenstanze nebst der Septumzange von Freer. In die Öffnung wird ein möglichst dickes Katheterstück eingesetzt, das zwar die Höhe der Öffnung, nicht aber die ganze Länge auszufüllen vermag. Durch dieses Katheterstück, welches unauffällig in der Nasenspitze unter Watte verborgen getragen werden kann, besorgt der Patient selbst die Spülungen der Kieferhöhle. Damit die Öffnung sich nicht verenge, wird die Lage des Katheterstückes täglich etwas verschoben. Unter 14 Fällen musste nur zweimal zu eingreifenderen Massregeln als diese gegriffen werden. Tietze hält das Verfahren für empfehlenswert für alle Patienten, welche, ohne den Arzt täglich aufsuchen zu müssen, ihr Empyem durch Selbstspülung zur Heilung bringen können. Imhofer.

161. **Vorschütz, Zwei Fälle von exstirpierten malignen Tumoren der Keilbeinhöhle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 94, S. 616.*

Im ersten Falle handelte es sich um das Rezidiv eines von der unteren Muschel ausgegangenen Pflasterepithelkrebses. Im zweiten Fall lag ein kleinzelliges Sarkom vor. Beide Fälle wurden von Tilmann-Köln nach der Partschschen Methode operiert; der erste heilte, der zweite starb am 4. Tage an Pneumonie. Stein, Wiesbaden.

162. **Weleminski, Wien, Über Epiphora idiopathica nasalen Ursprungs.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 21.*

Verf. ist der Ansicht, dass man die Ursache der Epiphora idiopathica in pathologischen Veränderungen des vorderen Endes der mittleren Muschel suchen dürfe. Sommer, Würzburg.

3. Rachen.

163. **Bruck, Berlin, Zur operativen Entfernung gestielter Nasenrachenpolypen.** *Med. Klinik, 1909, Nr. 19.*

Verf. berichtet, dass er in einem Falle, in welchem die anderen Methoden versagt hatten, die kalte Schlinge dazu benutzt habe, den Polypen festzuhalten, und sodann herauszureissen. Sommer, Würzburg.

164. **Fein, Wien, Bemerkungen zu dem Aufsatz L. Vachers: „Ablation des végétations adénoïdes. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique.“** Zur Wahrung der Priorität. *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 5.* Sommer, Würzburg.

165. **Campani und Formiggini, Profilassi delle tonsillité recidivanti colla detersione meecanica della cavitá orale a mezzo dello spazzolino e del bicarbonato di soda in polvere. (Prophylaxe der rezidivierenden Tonsillenentzündungen durch die mechanische Reinigung der Mundhöhle mit Bürste und doppelkohlensaurem Natron.** *Gazzetta degli Ospedali, 11. Mai 1909.*

Durch eigene und persönliche Erfahrungen angeregt, machten die Verff. kulturelle Proben mit dem flüssigen Inhalt der Mundhöhle und fanden, dass am Morgen die Kolonien siebenmal zahlreicher waren als am Abend. Nach der mechanischen Reinigung konnte man eine starke Verminderung der Bakterien konstatieren. Das angefeuchtete Zahnbürstchen wird in das doppelkohlensaure Natron, in Pulver, eingetaucht und die Zähne, das Zahnfleisch, die Zungenbasis (sogar die Papillae circumvallatae) werden damit gereinigt. Die Borsten sollen nicht zu steif sein und der Prozess muss in zarter Weise geschehen, um nicht Nausea zu verursachen. Menier.

166. **Otto T. Freer, The faucial tonsil; a procedure of their complete excision.** *The Journal, Febr. 13, 1909.*

Freer beschreibt seine Methode der Ausschälung der Tonsille mit von ihm angegebenen Instrumenten. Max Heimann.

167. **Halász, Miskolcz, Die Behandlung der akuten Entzündung der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 5.*

Verf. hat mit gutem Erfolge Pinselungen mit einer Jodglyzerinlösung angewendet. Sommer, Würzburg.

168. **Kellner, Wien, Beitrag zur Histologie der gutartigen Geschwülste des Rachens und Nasenrachenraumes. a) Fibrolipom der Rosenmüllerschen Grube; b) Drüsenpolyp des weichen Gaumens.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 2.*

Die im Thema erwähnten Geschwülste erscheinen wegen ihres seltenen Vorkommens an den beschriebenen Stellen äusserst interessant.

Sommer, Würzburg.

169. **Labouré, Indikationen und Technik der totalen Tonsillotomie.** *Gazette des Hôpitaux, Nr. 23, 1909.*

Wichtig ist es, keine Reste zurückzulassen wenn folgende Indikationen die Amygdalotomie gebieten: Störungen des Schluckens, der Atmung oder der Hörfunktion; rezidivierende Entzündungen im Pharynx und in der Nase oder im Mittelohr oder im Kehlkopf. — Die Blutungen sind gefahrlos und leicht zu stillen[1]) (!). Menier.

170. **Nash, Southend, Ein Fall von Vincerts Angina.** *Brit. med. Journ., 9. Januar 1909.*

Der Verf. findet, dass die Pathogenität des fusiformen Bazillus und der Spirillen eine weitere Erforschung erfordert. Sie waren in dem hier wiedergegebenen Falle in bedeutender Zahl vorhanden, aber Serumkulturen ergaben nur ein Wachstum der Streptokokken. Er neigt zu der Ansicht, dass in den von ihm beobachteten Fällen Vincents Organismen nur akzidentel waren, und dass, wenn die Halssekrete häufiger einer so-

[1]) Vergl. über die Blutungen den jüngst erschienenen Artikel von Ard (Medical Record, March 6, 1909, Nr. 2000. Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths). Die Blutungen sind nicht so ungefährlich wie Labouré es glaubt. Der amerikanische Verfasser empfiehlt die Tamponade und Kalziumlaktat innerlich.

fortigen Untersuchung unterzogen würden, sich herausstellen würde, dass diese Organismen weniger selten sind, als man jetzt annimmt. Im Hinblick aber auf Vincents eigener Erfahrung und seine Beschreibungen ist ein weiteres Studium erforderlich und die Symbiose der Spirillen und fusiformen Bazillen deuten darauf hin, dass Vincents Angina ein hinreichend umschriebenes Krankheitsbild ergibt, um eine spezifische Bezeichnung nötig zu machen. Guthrie, Liverpool.

171. **G. Ruggi, Über naso-pharyngeale Polypen.** *Bollettino delle Scienze mediche Bologna, April 1909.*

Verf. hat sechs Patienten beobachtet; 5 waren männlichen Geschlechts; die Patientin wurde nicht operiert. Das Alter war 13 Jahre (2 Patienten), 15 Jahre; 18 Jahre, 32 Jahre (bei diesem bestand der Tumor seit 20 Jahren; er wurde schon 1898 operiert). Vier Patienten sind geheilt; einer starb am Shock, 3 Stunden nach dem Eingriff; einer von den geheilten Patienten hatte ein kleinzelliges Sarkom; er starb an einem Rezidiv, 4 Monate nach der Operation.

Verf. ist ein Anhänger des fazialen Weges mit temporärer oder definitiver Resektion des Oberkiefers, welcher bei den schweren Fällen die Unterbindung der Carotis externa vorausgehen muss. Er verwirft die nasale und palatale Methode, die eine radikale Abtragung nicht erlauben. Menier.

172. **Vargas, Volladolid, Cálculo de la amigdala. (Mandelstein.)** *Boletin de laringologia, otologia y rinologia, Januar-Februar 1909.*

Ein 25 jähriger Mann hatte eine blutüberfüllte Tonsille, und im Grunde einer kraterförmigen Vertiefung erschien ein weiss-grauer Vorsprung, der einem Schanker oder einer cryptico-ulzerösen Tonsillitis sehr ähnelte. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Steines, dessen Extraktion ziemlich leicht erfolgte. Der birnförmige Stein hatte ein Gewicht von 5 g. Die chemische Untersuchung ergab:

Wasser	6,12	%	
organische Substanzen	8,82	„	
Fettsubstanz	0,20	„	
Kalziumphosphat	67,58	„	(CaP_2O_5)
Magnesiumphosphat	4,47	„	
Kalziumkarbonat	12,78	„	(CO_3Ca)
Verluste	0,54	„	
	100,51		

Bemerkenswert ist der Umstand, dass der Stein trotz seiner ansehnlichen Grösse keine Beschwerden verursachte. Menier.

173. **Warnekros, Kurt, Über die Funktion des M. constrictor pharyngis sup. bei der Sprache unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** *Diss. Berlin 1908, 32 S.*

1. Der Passavantsche Wulst wird durch die Kontraktion des M. constrictor-pharyngeus gebildet.

2. Dieser Wulst ist als eine der Velumkontraktion assozierte, physiologisch erforderliche Bewegungserscheinung bei der Sprachbildung anzusehen.

3. Diese unter normalen Verhältnissen isolierte Tätigkeit des Pterygopharyngeus wird bei Gaumenspalten insofern ergänzt, als neben der entsprechenden Wulstbildung der Constrictor pharyngeus superior in seiner Gesamtheit eine Kompression der seitlichen Pharynxwand und somit zusammen mit dem Palatopharyngeus eine Verschmälerung des Gaumendefektes durch Annäherung der Spaltränder bewirkt.

4. Durch alleinige Kontraktion des Palatopharyngeus kann eine Verengerung des Defektes nicht erzielt werden, da die Wirkung des in Betracht kommenden Abschnittes (Pars pharyngo-palatina) durch antagonistischen Muskeleinfluss aufgehoben wird.

5. Der M. palato-pharyngeus ist weder aktiv noch passiv bei der Bildung des Passavantschen Wulstes beteiligt.

Fritz Loeb, München.

174. **Weinstein, New York, Über Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik 1909, Nr. 19.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Torticollis, die sich unmittelbar im Anschluss an die Adenotomie entwickeln, jedoch nach kurzer Zeit in völlige Heilung übergingen. Sommer, Würzburg.

175. **Winternitz, Operation der Gaumenspalte mittelst Plattennaht.** *Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, H. 3.*

Winternitz ist von der zweizeitigen Operation vollständig abgekommen. Er empfiehlt, zur Entlastung der Knopfnähte und damit sich die Lappenränder des neugebildeten Gaumens in einer grösseren Fläche (kammartig erhoben) berühren, die Anwendung einer Plattennaht, d. h. Einlegung mehrerer 1 cm langer und 4 mm breiter Plättchen aus Silber, Aluminium, Hartgummi oder Durit. Es wird über 25 Fälle berichtet. 90 % wurden vollkommen geheilt, 10 % hatten einen Misserfolg. Winternitz operiert keinesfalls bevor das Kind 18 Monate alt ist. Die besten Resultate werden im Alter von 18—24 Monaten erzielt (62,5 % Heilung); im Alter von 2—4 Jahren wurden nur bei 42,8 % Heilung erreicht. Stein, Wiesbaden.

176. **George Bacon Wood, Malignant tumors of the tonsils.** *The pen silvania medical journal, March 1909.*

Wood hat 137 Fälle aus der Literatur von Sarkom, Karzinom gesammelt und zwei eigene Beobachtungen beigefügt; behandelt besonders die Frage der radikalen operativen Beseitigung (Methode Langenbeck, Mikulicz und Warren). Max Heimann.

4. Kehlkopf.

177. **Avelino Martin, Glottisches Syndrom subrenaler Natur.** *Revista barcelonesa de Enfermedads de oido, garganta y Nariz. 1. Vierteljahr 1909.*

Der Patient, Potator, hatte eine unbestimmte, aber nicht schwere Infektion (Bact. coli?). Er wurde asphyktisch, dyspnoeisch und starb plötzlich neun Viertelstunden nach einer Tracheotomie. In Ermangelung jeder anderen Ursache muss Verf. annehmen, dass eine heimtückische,

symptomlos verlaufende Degeneration der Nebennieren eine schwere Intoxikation der Nervenzentren zur Folge hatte. Menier.

178. H. Baurgeocie und L. Egger, Paris, Ödem des Larynx. *Prognès méd. 15. V. 1909.*

Eine ausgezeichnete allgemeine Übersicht über das Ödem des Larynx, wo alles zitiert zu werden verdient. Jeder Rhino-Laryngologe sollte diese fesselnde und gründliche Studie lesen. Salamo, Paris.

179. Braga, Drei Fälle von Larynxstenose nach Tracheotomie. Heilung durch Intubation. *Gazzetta degli ospedali, 9. Mai 1909.*

In einem Falle trug Patient die Kanüle seit einem Jahre; der zweite Patient seit 8 Monaten; der dritte seit 7 Monaten. Bei den zwei ersten wurde die forcierte Dilatation des Larynx mit Hilfe eines eigens konstruierten Apparates notwendig. Menier.

180. Compaired, Mis intervenciones en el cáncer de la laringe. (Meine Eingriffe bei Kehlkopfkrebs.) *Clinica y Laboratorio Zaragoza, Januar 1909.*

Seit 1893 hat der berühmte spanische Chirurg 26 Fälle von Kehlkopfkrebs operiert. In seiner Zusammenstellung studiert er die Ätiologie (Alter zwischen 40 und 70 Jahren; das Geschlecht; Tabakmissbrauch, Alkoholismus; Missbrauch der Stimme; Syphilis). Wenige Patienten lassen eine intra- oder extralaryngeale Operation zu; lieber entschliessen sie sich zur Tracheotomie; viele verweigern jeden Eingriff.

Verf. glaubt, dass eine Probeexzision zu diagnostischen Zwecken nutzlos und sogar gefährlich ist, da sie den Verlauf beschleunigt. Die klinische Untersuchung genügt, um die Diagnose festzustellen.

Von den 25 Patienten wurden 16 tracheotomiert; 8 davon starben in einem Zeitraum von einigen Tagen bis zu 4 Jahren; über das Schicksal der anderen ist nichts bekannt. Die endolaryngeale Exstirpation mit nachfolgenden Ätzungen gab bessere Resultate. Zwei hemilaryngektomierte Patienten starben, der eine 5 Tage nach dem Eingriff, der andere nach 4 Monaten an einem Rezidiv. Die totale Laryngektomie gibt eine bessere Aussicht auf Heilung. Die Thyreotomie, die wenig Gefahr vor und nach dem Eingriff einschliesst, verdient den Vorzug. Menier.

181. Gösta Finemann, Larynxtuberkulosens behandling, särskildt medels galvanokaustik. (Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose, insbesondere mittelst der Galvanokaustik.) *Allm. svenska läkaretidn., 1908, S. 799.*

Unter den symptomatischen Mitteln empfiehlt Verf. vor allem Nirvanin. Um wirkliche Resultate zu erzielen ist chirurgische Behandlung aber notwendig; er zieht hier die Galvanokaustik vor, weil bei dieser Methode nicht so viele offene Blut- und Lymphbahnen hinterlassen werden, ausserdem bekommt man hier keine Blutung bezw. Nachblutung; unangenehme Folgen hat er keine gesehen. Verf. empfiehlt sogar die Galvanokaustik zur Entfernung einer tuberkulös veränderten Epiglottis, und zwar nicht durch die Glühschlinge, sondern durch allmähliches Zerstören des Organs mit einem gewöhnlichen Kauter (Ref. möchte doch bis auf weiteres

die recht harmlose Epiglottisamputation vorziehen). Was die Technik betrifft, verwendet Verf. die oberflächliche Kauterisation, nicht den Grünwald'schen Tiefenstich, den er für weniger gut hält. In einem Fall ist es ihm gelungen die Kehlkopftuberkulose einer im 7. Monat Schwangeren zu heilen, weshalb er rät auch während der Gravidität eine vorhandene Kehlkopftuberkulose energisch zu behandeln. Jörgen Möller.

182. **Gereda, Cuerpo extraño en la laringe.** *Revista de Med. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1046 v. 14. X. 1908.*

Ein Kind hatte das mit Randstacheln versehene Blatt einer Steineiche aspiriert; das Blatt hatte sich in vertikaler Stellung in der Stimmritze eingehakt und wurde am 5. Tage nach der Aspiration, als der Knabe sich bereits in sehr schlechtem Allgemeinzustande befand, extrahiert.

Stein, Wiesbaden.

183. **Gutzmann, Berlin, Über die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache.** *Med. Klinik 1909, Nr. 20.*

Verf. weist darauf hin, dass bei den Neurosen der Stimme und Sprache neben der allgemeinen Behandlung eine exakt durchgeführte Übungstherapie notwendig ist. Sommer, Würzburg.

184. **Hammond, Levy Jay, The surgical treatment of the tuberculous larynx.** *American medical, Febr. 1909.*

Hammond empfiehlt eindringlichst Tracheotomie zur Ruhigstellung der Larynx. M. Heimann.

185. **Theodor Janssen, Zur Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Sonnenlichtbehandlung. Ein neuer praktischer Sonnenspiegel.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 19.*

Beschreibung eines nach Art eines Notenständers gebauten, einen verstellbaren Planspiegel tragenden Gestells zur Erleichterung der Selbstbelichtung durch den Patienten. Hirsch, Magdeburg.

186. **B. Jereslaw, Behandlung der Larynxtuberkulose mit Marmoreks Antituberkuloseserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 15.*

Verf. berichtet über 12 mit Marmoreks Antituberkuloseserum behandelte Fälle von Larynxtuberkulose; bezüglich der gleichzeitig vorhandenen Lungenerkrankung gehörten sie teils leichteren, teils schwereren Graden des II. Stadiums nach Turban an. Das Resultat war: geringe Besserung in 3, leidliche Besserung in 5, wesentliche Besserung in 3 Fällen, Heilung in 1 Fall, so dass Verf. dem Mittel einen unbestreitbaren Wert zuspricht. Neben ihm soll die lokale Behandlung des Kehlkopfes nicht verabsäumt werden. Die Applikation des Mittels erfolgte teils subkutan, teils rektal in Serien von 10 Injektionen à 5 ccm. Zwischen den einzelnen Injektionen empfiehlt Jereslaw eine zweitägige, zwischen den Serien eine 2—3 wöchige Pause. Es kamen bis zu 4 Serien zur Verwendung. — Die Resultate der Behandlung der Lungentuberkulose mit demselben Mittel waren wenig befriedigend. Hirsch, Magdeburg.

187. **R. Imhofer, Über Phonasthenie bei Sängern.** *Prag. med. Wochenschr., 34, Nr. 15.*

Imhofer fasst die wesentlichsten Symptome dieser zuerst von Flatau 1906 beschriebenen Stimmerkrankung zusammen und weist auf die grosse Häufigkeit und Bedeutung derselben hin. Verf. hat 36 Fälle beobachtet. Die Symptome der Phonasthenie sind meist die eines Katarrhes, Verschleimung, Gefühl eines Hindernisses im Kehlkopfe beim Singen und werden, da sich ja leichte katarrhalische Veränderungen in den oberen Luftwegen bei jedem Menschen, also auch beim Sänger, häufig finden, meist auf diese bezogen und dementsprechend lokal ohne Erfolg behandelt. Der massgebende Befund bei der Phonasthenie ist der akustische. Es finden sich bestimmte Tondefekte, meist bei den sogenannten Übergangstönen, die sich in Detonieren, einem rauhen Beiklang des Tones, endlich im Abbrechen desselben äussern. Durch Durchleitung eines schwachen faradischen Stromes während der Intonation lässt sich dieser Tondefekt vorübergehend ausgleichen und in diesem diagnostischen Behelfe liegt auch das Grundprinzip der Behandlung, zu deren exakte Durchführung allerdings noch eine Reihe technischer Einzelheiten gehört. Die Dauer der Behandlung beträgt ca. 6 Wochen; Mithilfe eines Gesangslehrers dabei erwünscht. Neben dieser chronischen Form der Phonasthenie kennt Imhofer noch eine akute, wo sich der ganze Verlauf in wesentlich kürzerer Zeit abspielt, die aber ohne Behandlung ebenfalls zur Schädigung der Stimme führen kann. Ätiologie der Phonasthenie ist falsche Verwendung der Stimme, in zweiter Linie Allgemeinerkrankungen (Anämie etc.). Schliesslich warnt Imhofer vor kritikloser Polypragmasie bei der Singstimmenbehandlung. Autoreferat.

188. **Kofler, Wien, Ein Fall von Ödem im Larynx nach Jodkaligebrauch.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 2.*

Verf. beschreibt einen Fall von Jodismus nach einmaligem Gebrauch von 3 g Jodkali und empfiehlt in jedem derartigen Falle sogleich Na-Bikarbonat zu geben. Sommer, Würzburg.

189. **O. Körner, Die Beteiligung des Kehlkopfes an aktinomykotischen Erkrankungen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVII. Bd., 4. H.*

Mitteilung von 4 vom Verf. beobachteten und behandelten Fällen von Aktinomykose mit Ausgang in völlige Heilung. Zweimal sass das aktinomykotische Infiltrat nur dem Schildknorpel auf ohne Miterkrankung des Perichondriums, einmal war der Prozess bis zur Schleimhaut des Sinus pyriformis vorgedrungen und hatte starke Ödeme der Umgebung verursacht, im 4. Fall bestand starre Infiltration der Epiglottis.

Oertel, Dresden.

190. **Kramer, Über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose durch Sonnenlicht.** *Arch. f. Lar., XXI, S. 519.*

Empfehlung der Sorgoschen Sonnenlichtbehandlung mittelst Autolaryngoskopie an der Hand eines vorgeschrittenen Falles, der erhebliche Besserung erfuhr. Arth. Meyer.

191. **Max Senator, Berlin, Zur Behandlung der Tuberkulose mit Marmoreks Antituberkuloseserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 20.*

Verf. bezweifelt, dass die von Jereslaw (Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 11) mitgeteilten Erfolge die Wirkung des Antituberkulosenserums sind. Hirsch, Magdeburg.

5. Trachea, Bronchien, Ösophagus.

192. **Avelino, Martin, Ösophagoskopie und Krampf der Speiseröhre.** *Revista barcelonesa de Enfermedads de oido, garganta y nariz, 1. Vierteljahr, 1909.*

Die Verengerung kann spastischen Ursprungs sein, ohne Mitspielen nervöser Ursachen und den Verdacht einer Neubildung erwecken. In drei solchen Fällen (zwei davon sogar marantisch) konnte Verf. durch die Ösophagoskopie das Fehlen eines Tumors feststellen und den Krampf aufheben. Baldige Genesung nach diesem harmlosen Eingriff. Es ist wahrscheinlich, dass solche Fälle früher als Krebs behandelt wurden, was das Verhungern der Patienten zur Folge hatte. Die Ösophagoskopie ermöglicht also die klinische Diagnose der Ösophagusstenosen.

Menier.

193. **W. Brünings, Freiburg i. Br., Über Fortschritte in der ösophagoskopischen Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 17.*

Die blinde Einführung ösophagoskopischer Instrumente, insbesondere also auch der mit Mandrin versehenen, ist bei Fremdkörpern und Tumoren häufig gefährlich. Ihre Anwendung hat seit der Existenz des offenen, schräg abgeflachten Röhrenspatels und des verlängerbaren Doppelrohres keine Berechtigung mehr. Als Beleuchtungsapparat empfiehlt Brünings das von ihm angegebene Universal-Elektroskop. Die am Rohrende angebrachten Lampen, die sogenannten Innenlampen, verwirft er.

Hirsch, Magdeburg.

194. **Dina, Ruptur einer käsigen Drüse in die Luftwege; Tracheotomie. Heilung. (Rottura dun ganglio caseoso nelle vie respiratorie. Tracheotomia e guarigione.)** *Il Morgagni, 17. März 1909.*

Diese Komplikation der tracheo-bronchialen Adenopathie ist selten. Bei einem 5jährigen Kinde traten plötzlich Erstickungsanfälle auf. Nach einer resultatlosen Intubation wurde die untere Tracheotomie ausgeführt. Durch die Wunde wurde ein Stück einer käsig degenerierten Lymphdrüse ausgestossen; es hatte die Grösse einer Mandel. Sofort wurde die Atmung regelmässig. Heilung. Verf. glaubt, dass die Perforation am unteren Ende der Trachea oder in einem Bronchus gleich nach Anfang der Trachea erfolgte. Menier.

195. **Goyanes, Un caso de fistula broncocutánea. (Ein Fall von Bronchialfistel.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1063 v. 21. II. 1909.*

Bei einem 25jährigen Kranken war wegen eines Lungenabszesses in der Höhe der 5. und 6. Rippe eine Thorakotomie gemacht worden. Nach

Heilung der Operationswunde blieb eine Fistel zurück, die mit einem Bronchus etwa 3. Ordnung kommunizierte. — Wenn nun der Patient Mund und Nase fest verschloss, so konnte er lange Zeit und vollkommen ausreichend durch die Fistel atmen. Goyanes schlägt vor, diese zufällige Beobachtung auf die Praxis zu übertragen, und vorkommenden Falles, d. h. wenn z. B. ein tiefsitzendes Respirationshindernis vorhanden ist, eine Bronchialfistel anzulegzn und durch eine geeignete Kanüle dauernd offen zu halten. Stein, Wiesbaden.

196. **Hofmann, A., Eine neue Trachealkanüle mit Schutzröhre.** *Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. LIX, H. 2.*

Die neue Kanüle hat den Zweck, den Operateur vor dem Anhusten mit infektiösem Trachealsekret zu schützen. Dies wird dadurch erreicht, dass die innere Röhre der Kanüle blind mit einer Kuppel endet und an ihrer unteren Fläche eine Öffnung für die Passage der Atemluft enthält; der Luftstrom wird auf diese Weise nach abwärts gegen den Rumpf des Operierten zu getrieben. Die Schutzröhre wird nach Vollendung des Verbandes durch die gewöhnliche innere Röhre ersetzt.

Stein, Wiesbaden.

197. **Isaak, Wiesbaden, Beitrag zur Kasuistik und Symptomatologie der Ösophagusdivertikel.** *Med. Klinik 1909, Nr. 13.*

Verf. beschreibt einen Fall von pharyngo-ösophagealem Pulsionsdivertikel, welche durch das Auftreten von Ptosis, Myosis und Enophthalmus interessant ist. Es sind das Symptome, welche auf eine Schädigung der Rami communicantes der I. und II. Dorsalnerven oder des Grenzstranges des Sympathikus in jener Gegend schliessen lassen.

Sommer, Würzburg.

198. **C. T. Jacobsen, Bronchoskopisk Fjernelse af et fremmed Legeme i venstre Bronchus. (Bronchoskopische Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus.)** *Hospitalstidende 1909, S. 225.*

Ein 5jähriges Mädchen hatte einen Teil eines Zwetschgensteins aspiriert; erst 2 Tage nachher, als pneumonische Erscheinungen schon angefangen hatten, wurde sie ins Hospital aufgenommen. Durch Bronchoscopia inferior gelang es, den fest eingekeilten, von geschwollener Schleimhaut umgebenen Fremdkörper zu entfernen; Patientin wurde bald nachher gesund.

Jörgen Möller.

199. **Kahler, Wien, Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, H. 2.*

Der überaus interessante Aufsatz enthält 2 Fälle von Fremdkörpern im linken und 1 Fall von Corpus alienum im rechten Bronchus. In sämtlichen 3 Fällen wurde die obere Bronchoskopie ausgeführt und Verf. hebt hervor, wie glänzend sich bei den Operationen das Killian-Brüningssche Instrumentarium und die Beleuchtung mittelst des Panelektroskopes bewährte. Sommer, Würzburg.

200. **Kramer-Petersen, Über Kardiospasmen.** *Ugeskr. f. Läger., 1908, S. 1401.*

Kramer-Petersen berichtet über 3 Fälle, die alle geheilt wurden. In keinem der Fälle bestand Neubildung, Fissur oder dergl., in 2 da-

gegen Hyperazidität. In einem Falle wurde Gastrostomie und digitale Dilatation der Kardia vorgenommen, in einem Falle reichte eine antispasmodische Diät aus, im dritten Falle endlich wurde zuerst durch systematische Sondenfütterung eine erhebliche Besserung erzielt und schliesslich die Kardia durch Einführen der Geisslerschen Sonde dilatiert.

Jörgen Möller.

201. **Mayer, Emil, The further report of a case tracheal scleroma.** *American Journal of medical science, Febr. 1909.*

Verf. hat mit glänzendem Erfolge an einem tracheotomierten Patienten ein zur Stenose führendes intralaryngeales Sklerom mittelst Röntgenstrahlen behandelt.

202. **Stolte, Hermann, Demonstration of a foreign body of the esophagus, removed by esophaguscopy.** *The Journal of ophthalmology and Oto-Laryngology, March 1909.*

Knochen hatte Ösophaguswand teilweise durchbohrt, Schwellung und Fieber verursacht. Trotzdem schnelle Heilung nach Extraktion.

M. Heimann.

6. Mundhöhle.

203. **Butlin, London, Über die Frühdiagnose des Zungenkrebses und über die Resultate der Operationen in solchen Fällen.** *Brit. med. Journ., Febr. 20, 1909.*

Wie die Statistik zeigt sind in England jährlich durchschnittlich 750 Todesfälle dem Zungenkrebs zuzuschreiben, und ist der Verf. der Ansicht, dass nicht mehr als 50 bis 70 Fälle im Jahr mit Erfolg behandelt werden. Jedoch sind in diesem Lande die Resultate ebenso gut, oder besser, als in jedem anderen Lande. Der Verf. hat 200 an dieser Krankheit leidende Patienten operiert und hat in den letzten 5 Jahren 14 Fälle von Krebs in sehr frühem Stadium behandelt. Von diesen sind 3 gestorben; einer an Nephritis und Herzschwäche $1^1/_2$ Jahre nach der Operation ohne Rezidiv des Krebses. Der zweite an einer Affektion der Halsdrüsen ohne Rezidiv im Munde, und der dritte, — bei dem der Krebs an der rechten Seite der Zunge operiert worden war — an linksseitigem Zungenkrebs, den zu entfernen er seine Zustimmung nicht gab; die Zunge war zwischen den beiden Rändern gesund. Die übrigen 11 Patienten leben und sind gesund, nach einer Zeit von acht Monaten 1 Fall; 1 bis 2 Jahren 2 Fälle; 2 bis 3 Jahren 2 Fälle; 3 und $4^1/_4$ Jahren 6 Fälle. Es trat also kein einziger Fall von lokalem Rezidiv der Krankheit bei 14 Patienten ein, obgleich 8 von ihnen nach drei und mehr als vier Jahren nach der Operation noch am Leben waren.

Die häufigsten und typischsten Erscheinungen in diesen sehr frühen Fällen sind folgende:

1. Ein kleiner Fleck, einer harten Wunde ähnlich, glatt und glänzend, weder eiternd noch sich abschälend.

2. Der Übergang von einem gewöhnlichen zu einem krebsartigen Geschwür, welches sich vom gewöhnlichen nur dadurch unterscheidet, dass es sich sehr wenig härter und fester anfühlt.

3. Der Übergang eines ganzen Leukoplakealfleckens in Krebs. Der Unterschied besteht in sehr leichter Verdickung einer dickweissen Färbung und Furchung oder Spaltung, aber ohne Abschälung oder Eiterung.

4. Übergang eines kleinen Gebietes einer leukoplakischen Zunge in Krebs, nur durch sehr wenig Härterwerden der Oberfläche gekennzeichnet.

5. Ein weisses, wässeriges Gewächs, weder gespalten, noch sich anfangs eiterig anfühlend, als ob es mit der Schleimhaut zusammenhänge und ganz an der Oberfläche liegend. Guthrie, Liverpool.

204. **Chevrier, L'analgésie régionale; son application à la langue. (Die regionale Anästhesie der Zunge.)** *Gazette des Hôpitaux, Nr. 38, 1909.*

Bei der lokalen Anästhesie wird das Operationsgebiet ödematös durchtränkt; die anatomischen Verhältnisse werden undeutlich. Diese Nachteile fallen bei der regionalen Analgesie weg, denn die zuführenden Nerven sind mit dem Analgesicum behandelt; das Gebiet ist nicht verändert. Für die Zungenoperationen kann man befriedigende Resultate erzielen, weil der N. lingualis leicht zugänglich ist, nämlich in der Furche zwischen dem letzten Molarzahn und dem lateralen Zungenrand, in dieser Gegend soll man mit Kokain (oder einem beliebigen Anästhetikum) injizieren. Menier.

205. **Childe, Portsmouth, Die operative Behandlung des Krebses der Mundhöhle.** *Brit. med. Journ., 2. Jan. 1909.*

Die operative Behandlung des Krebses der Zunge, des Mundbodens und der Zäpfchen betreffend, tritt der Verf. für Einhaltung von zwei Hauptregeln ein:

1. Beim Halse sollte zuerst immer mit Ligatur der Arteriae linguales und Arteriae faciales, an einer oder beiden Seiten, begonnen werden. Diese macht die Exzision des primären Tumors — vorausgesetzt, dass er ohne Kieferresektion entfernt werden kann, — zu einer unbedeutenden und unblutigen Operation. Es ermöglicht den primären Tumor mit grösserer Präzision zu entfernen, macht die präliminare Laryngotomie unnötig. Möglicherweise führt es auch zum Untergang der Krebszellen, die nach versuchter Exstirpation in den Geweben zurückgelassen sein sollten.

2. Eine Verbindung zwischen dem Munde und einer grossen Wunde im Halse sollte, wenn möglich, immer vermieden werden. In jenen Fällen der Erkrankung der Tonsillen, der Fauces, des Gaumens, Pharynx etc., in welchen eine Pharyngotomie vorgenommen werden muss, wird solch eine verbindende Öffnung in der Regel nicht zu vermeiden sein, weil, wenn die Operation nicht in einem Tempo gemacht wird, die Narbenbildung die anatomischen Grenzlinien verwischt. In allen anderen Fällen, in deren eine Kieferresektion nötig wird, kann eine verbindende Öffnung zwischen dem Munde und der Wunde im Halse vermieden werden, indem man die Operation in zwei Tempis macht. Guthrie, Liverpool.

206. **L. R. G. Grandon, Edwin H. Place, William J. Brown, Noma, Seven cases, two recoveries, forty enfected.** *Boston medical and surgical journal, April 15, 1909.*

In einem überfüllten Institut wurden nach Masernepidemie 46 Fälle gangränöser Stomatitis, von denen es bei 6 zur Affektion der Wange,

Lippe etc. kam, beobachtet; bei exstirpierten Stücken fand sich hauptsächlich an der Grenze zwischen lebendem und nekrobiotischem Gewebe in grosser Anzahl der Bacillus fusiformis. Max Heimann.

207. **Lincke, Bonn, Welche Anforderungen sind von fachmännischer Seite an Zahnpflegemittel zu stellen?** *Ärztl. Vierteljahrsrundschau 1909, Nr. II.*

Verf. empfiehlt, als jeder Anforderung entsprechend, die 3%-igen Perhydrolpräparate. Sommer, Würzburg.

208. **Maurice, Störungen, die durch Hypertrophie der Zungentonsille verursacht sind.** *Journal de Médecine de Paris. 1909.*

Verf. fand diese Hyperplasie bei zirka 5% seiner Patienten. Die feucht-kalte Witterung verursacht eine Kongestion der hypertrophierten Tonsille und erzeugt folgende Erscheinungen: Sticheln im Larynx mit trockenem Husten; Empfinduug eines Fremdkörpers, Schmerzen, Schwierigkeiten und Beschwerden beim Singen und Sprechen; mannigfaltige nervöse Störungen. Die einzige rationelle Behandlung besteht in der Galvanokauterisation oder in der Abtragung mit eigens dazu konstruierten Tonsillotomen (z. B. das Instrument von Escat oder dasjenige von Lennox Brown). Die medikamentöse Behandlung ist durchaus aussichtslos.

Menier.

7. Grenzgebiete.

209. **A. Costa, Ein tödlicher Fall von später postdiphtheritischer Lähmung mit vorhergegangenem Iktus.** *Gazzetta degli ospedali, 6. April 1909.*

Die postdiphtheritische Hemiplegie mit Iktus ist sehr selten. In dem betreffenden Falle (es fand keine Obduktion statt) hatte sie wahrscheinlich ihre Ursache in einer Gefässläsion der rechten Hemisphäre (thrombotischer Natur). Solche Gefässläsionen kommen bei der Diphtheritis sehr selten vor.

Menier.

210. **Greaves, Derby, Die Natur und Behandlnng des parenchymatösen Kropfes.** *Brit. med. Journ., Febr. 13, 1909.*

Der Verf. erörtert die Pathologie und den klinischen Verlauf des parenchymatösen Kropfes und beschreibt die medizinische sowohl, als chirurgische Behandlung desselben. Er weist auf 3 Fälle hin, in welchen sich nach der Operation Symptome von Hyperthyreoidismus zeigten, die sowohl klinisch als auch mikroskopisch einfach parenchymatöse Kröpfe waren. Er glaubt, dass diese Symptome (Unruhe, Pulsbeschleunigung, Röte des Gesichts und leichte Erhöhung der Temperatur), einesteils der Tätigkeit der Drüsen zuzuschreiben sind, welche die innere Sekretion in die Lymphräume drängen, andererseits dem Ausfluss der Sekretion in die Wunde beim Trennen des Isthmus. Um dieses soviel als möglich zu vermeiden, drückt er den Isthmus zuerst mit einer Klammer zusammen und unterbindet und teilt ihn dann, die Wunde wird schnell mit einer heissen Salzlösung ausgewaschen.

Postoperativer Hyperthyreoidismus tritt am ehesten in Fällen aktiver Sekretion von Drüsen mittlerer Grösse bei jugendlichen Personen ein, und

nicht in solchen Fällen, wo es sich um sehr grosse Drüsen handelt, denn bei diesen ist das kolloide Material, welches sie enthalten, mehr ein Zeichen von Degeneration als von aktiver Sekretion. Guthrie, Liverpool.

211. **Hewetson, Birmingham, Branchiogenes papillaeres Adeno-Carcinoma.** *Journ. of Pathol. and Bacteriol., Jan. 1909.*

Der beschriebene Tumor kommt selten vor und ist von grossem pathologischem Interesse. Bei einem Manne von 43 Jahren zeigte sich gerade unter und hinter dem linken Kieferwinkel eine Anschwellung. Sie nahm beständig an Umfang zu und als der Mann zuerst unter Beobachtung kam, bildete sie eine grosse, unter dem Steno-Mastoid-Muskel sitzende Masse, die in das hintere Halsdreieck hineinragte. Sie bewegte sich frei über den tieferen Teilen und war dem Anscheine nach deutlich von der Parotis, Submaxillaris und Thyreoidea getrennt. — Der Mund, der Pharynx und Larynx waren nicht erkrankt. Der Tumor wurde entfernt und wog 700 g. Nach 6 Monaten kam er wieder; diesesmal konnte er nicht vollständig entfernt werden und der Patient starb 4 Monate nach der zweiten Operation. Der Tumor bestand aus verschiedenen grossen Zysten mit sehr dichten, aus fibrösem Gewebe bestehenden Wänden und nicht gestreiftem Muskelgewebe. Die Zysten waren von nur einer Schicht Zylinderzellen eingefasst und zahllose papilläre Exkreszenzen ragten in ihr Inneres hinein. Die äussere Fläche des Tumors zeigte auch papillären Bau, bedeckt mit niedrigen Zylinder- und kubischen Zellen.

Der Ursprung des Gebildes war entweder eine akzessorische Schilddrüse, oder ein nicht obliterierter Branchialgang.

Nach Berger bestehen branchiogene Karzinome aus Plattenepithel, während die hier in Betracht kommenden Tumoren, wenn sie aus kubischem zylindrischem Epithel bestehen, ihren Ursprung in akzessorischen Schilddrüsen gehabt haben müssen. Der Verf. tritt dieser Behauptung durchaus nicht bei. Er glaubt, dass das von ihm beschriebene Gebilde seinen Ursprung in der zweiten Branchialspalte hatte und ist der Ansicht, dass das Vorhandensein von nicht gestreiftem Muskelgewebe, den Ursprung in der Schilddrüse ausserordentlich unwahrscheinlich macht.

Guthrie, Liverpool.

212. **Klaus, Die Struma retropharyngea accessoria vera.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 98, S. 37.*

Beschreibung eines sehr seltenen Falles von retropharyngealem Struma bei einem 19 jährigen Mädchen. Operation und Ausgang in Heilung. Die Karotis musste am 10. Tage nach der Operation unterbunden werden.

Stein, Wiesbaden.

213. **Nobécourt, Adénopathie der Tracheo-Bronchialdrüsen. Adenoide Wucherungen und Tuberkulose.** *Journal des Praticiens, 3. April 1909.*

Mit Hilfe der Intradermoreaktion untersuchte Verf. Patienten mit adenoiden Wucherungen (8) und andere mit adenoiden Wucherungen und endothorakalen Drüsen (14); von den ersteren hatten 3 positive Reaktion; in der letzteren Gruppe hatten 6 positive Reaktion. Die negativen Fälle sind noch zahlreicher bei Patienten, die isolierte medieastinale Adenopathien haben. Es ist sehr wichtig, zu wissen, dass diese Erscheinungen sehr oft nicht

tuberkulöser Natur sind, da man allzu geneigt ist, sie immer als Ausdruck der Tuberkulose zu betrachten. Menier.

214. **A. Toti, Florenz, La Dacriocisto rinostomia come cura radicale e conservatrice delle supperrazioni gravi del sacco lacrimale e delle fistole lacrimali. — Resultati e deduzioni fisiologiche patologiche e tecniche. (Die Dacryocysto rhinostomie als Radikal- und Konservativbehandlung der schweren Tränensackeiterungen und der Tränenfisteln. — Resultate und physiologische, pathologische und technische Erörterungen.)** *30 S., Florenz, bei A. Meozzi.*

Die radikalen Operationsmethoden der Dacryocystitis, vor allem die Exstirpation des Tränensackes, lassen in ihren Erfolgen, besonders betr. des Tränenabflusses, leider recht viel zu wünschen übrig. Toti hat nun eine Methode ausgearbeitet und seit Jahren an einem grösseren Material ausgeführt, die unter Erhaltung des Tränensackes eine Heilung der chronischen Eiterung ohne konsekutives Tränenträufeln und meist sogar mit Wiederherstellung der spontanen Tränenausfuhr nach der Nase erreichen soll und nach eigenen und anderer, auch deutscher Ophthalmologen Erfahrungen in den meisten Fällen tatsächlich erreicht. Toti überträgt das bei den Nebenhöhlen erprobte Prinzip der weiten Kommunikation auf den Tränensack, indem er (die Technik wird genau geschildert) nach Loslösung des Tränensackes durch Resektion eines Stückes der hinteren Wand des Sackes und eines entsprechenden Stückes des Nasenbeines und Vereinigung der Ränder beider Öffnungen einen breiten Weg in den mittleren Nasengang anlegt. Da nach Totis Ansicht die Dacryocystitis als solche sowie auch das nach Exstirpation des Sackes resultierende Tränenträufeln meist auf primären entzündlichen Veränderungen im vorderen Teile des mittleren Nasenganges beruht, so kombiniert er beinahe stets mit seiner Operation die Amputation des vorderen Endes der mittleren Muschel und Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen und sieht gerade in diesem Teil seines Vorgehens die Ursache des vorzüglichen therapeutischen Effektes. Neben den 8 im letzten Jahre mit vorläufig sehr gutem Ergebnis operierten Fälle, sind von 33 seit 1904 operierten Fällen 31, das ist 93 % von ihrer Dacryocystitis geheilt und zwar 16, das ist 48 % in einer bisher von keinem Behandlungsverfahren erzielten Weise mit Wiederherstellung spontanen Tränenabflusses. Bei den restierenden 17 Fällen ist zwar diese ideale Heilung nicht erzielt, aber 15 leiden nur bei starkem Wind etwas an Epiphora, ein Resultat, das den besten mit Exstirpation des Tränensackes zu erzielenden noch immer gleichkommt. Brühl, Gardone-Riviera.

215. **Ultzmann, Wien, Zwei Fälle von monolokulärem Echinokokkus der Schilddrüse.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 20.*

Die im Thema erwähnten Fälle betrafen Frauen im vorgerückteren Lebensalter. Die exakte Diagnose war erst nach der Operation möglich.
Sommer, Würzburg.

III. Bücherbesprechungen.

W. Brünings, Freiburg, Technische Grundlagen zur Endoskopie der Luft- und Speisewege. *Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1909.*

Selten wird ein Buch, dessen Erscheinen bevorstand, von den Fachgenossen mit solcher Spannung erwartet worden sein wie das Brüningssche, von dem jetzt der erste, die instrumentelle Ausrüstung behandelnde Abschnitt vorliegt. Wir, die wir jedes Jahr zu den Laryngologentagen kamen mit der Frage auf den Lippen: „Was wird uns Brünings diesmal neues zeigen?" kannten ja einen grossen Teil des Inhaltes schon aus den Verhandlungen und auch aus anderen Freiburger Publikationen. Aber ausser dem Inhalt, um es gleich hier zu sagen, liegt noch ein anderer, nicht zu unterschätzender Wert in diesem Buch, worin es für viele geradezu vorbildlich sein kann, insofern wir in ihm die Arbeitsmethode dieses erfolgreichen Autors kennen lernen. Brünings geht nicht auf gut Glück an die Konstruktion eines Instrumentes heran, sondern er stellt von rein theoretischen Erwägungen ausgehend, die nach jeder Richtung durch die Gesetze der Mathematik, Physik und Physiologie gesichert, in streng logischer Weise seine Postulate nach exakter Fragestellung: „Was muss hier unter bester Ausnützung des Operationsterrains, der Lichtquellen und geringster Kraftentfaltung geleistet werden?" und dann erst setzt er seine Theorie in die Praxis um. Und so zeigt uns Brünings gleich im 1. Kapitel, wie auf Grund der optischen und mechanischen Voraussetzungen und aus Zweckmässigkeitsgründen das leistungsfähigste Instrumentarium für Broncho- und Ösophagoskopie genau so sein muss, wie er es konstruiert hat, und nicht anders sein kann, und beweist das in einem weiteren Kapitel, indem er die praktische Bedeutung seines Instrumentariums mit der Leistungsfähigkeit anderer, zu diesem Zwecke angegebener Instrumente vergleicht. Diese Vorzüge liegen 1. in der Erleichterung der Einführung, 2. in der Vergrösserung des Gesichts- und Arbeitsfeldes und der Helligkeit und 3. in der Vereinfachung der bisher noch recht komplizierten und kostspieligen bronchoskopischen Ausrüstung, die durch die verlängerbaren Doppelrohre ermöglicht wird. Was gerade diese letzteren angeht, so glaube ich den Wert derselben nicht besser illustrieren zu können, als wenn ich an dieser Stelle das wiederhole, was ich in einem Referate zu Achs Arbeit „über Fremdkörper des Ösophagus" in dieser Zeitschrift Bd. II, S. 61 bereits gesagt habe; dasselbe gilt natürlich ebenso für die Broncho- und Tracheoskopie wie für die Ösophagoskopie. „Es ist auffallend, dass der Autor die Arbeiten und vor allem das Instrumentarium von Brünings nicht erwähnt, letzteres, das doch einen Siegeszug durch die medizinische Welt diesseits und jenseits des Ozeans gemacht, überhaupt nicht kennt. Denn wir wählen nicht mehr aus dem Instrumentarium ‚den entsprechend langen Tubus' aus, sondern wir gebrauchen das Brüningssche Instrument von bestimmtem Durchmesser und stellen es einfach auf die optimale Länge ein."

Im 2. Hauptabschnitte behandelt Brünings die Operationsinstrumente. Indem er einleitend die operativ verwendbaren Energieformen aufzählt — mechanische, chemische, thermische, elektrische, strahlende —, hält er gleichzeitig Abrechnung mit den Autoren, die zur Extraktion von Fremdkörpern die Anwendung des positiven oder negativen Luftdruckes und den Magnet empfehlen, beweisend, dass für diese Methode schon die physikalischen Unterlagen fehlen. Geradezu grundlegend sind im folgenden Kapitel die Ausführungen über die Mechanik der Dilatation der Luft- und Speisewege, die in dieser Form meines Wissens noch nicht behandelt wurde. Auch hier findet Brünings auf Grund physikalischer und physiologischer Grundgesetze ein Verfahren, das

den örtlichen und dynamischen Verhältnissen in genau messbaren Grenzen gerecht wird. Das folgende Kapitel „fassende und schneidende Instrumente" bringt dann detaillierte, technische Erörterungen im wesentlichen zur Extraktion von Fremdkörpern aus den Atem- und Speisewegen. Kapitel III trägt die Überschrift „Die Beleuchtung". Nach einer kurzen, geschichtlichen Übersicht über die bisherigen endoskopischen Methoden folgt eine kritische Würdigung des mit der Bronchoskopie wieder aktuell gewordenen Problems: „Innenlampe oder Aussenlampe?" Für uns, die wir das Brüningssche Elektroskop im Laufe der Zeit schätzen gelernt haben, hätte es keines Beweises bedurft; aber Brünings weist mit Gründen der Optik nach, dass für die Kystoskopie, d. i. die Untersuchung blasenförmiger Organe nur Rohre mit Innenlampe, für die Syringoskopie, d. i. diejenige röhrenförmiger Organe, als deren Prototyp in erster Linie Broncho- und Ösophagoskopie zu gelten haben, nur Rohre mit Aussenlampe in Betracht kommen können.

Im nächsten Abschnitte „Lichtquelle, Kondensator, Reflektor" zeigt uns Brünings, wie er nach vielen physikalisch-technischen Versuchen allmählich seinen Dreifadenbrenner konstruierte, um dann zur Beschreibung seines berühmt gewordenen Bronchoelektroskopes überzugehen, nachdem er vorher noch die Vorzüge des Elektroskopes gegenüber der Stirnlampe hervorgehoben hat. In einem Anhange zu diesem Kapitel schildert Brünings die älteren Lichtquellen, wobei er an dem v. Schrötterschen Bronchoskop scharfe Kritik übt. Im letzten Kapitel des I. Bandes sind dann noch die Hilfsinstrumente, Autoskopiespatel und gefenstertes Schnabelrohr, endoskopisches Fernrohr und Prisma mit doppelter Durchsicht beschrieben.

Soviel aus dem reichen Inhalt dieses Buches. Jeder, der dieses Buch liest, wird die Empfindung haben, dass es sich hier um Fragen und Probleme handelt, die weder der Physiker noch der Mediziner allein lösen kann, und man muss es als ein glückliches Zusammentreffen bezeichnen, dass ein so vorzüglicher Physiker wie Brünings als Mediziner sich gerade dieser Materie zugewandt hat und so die von seinem Lehrer Killian neu gezeigten Methoden zu grosser Vervollkommnung brachte. Wir hoffen, dass diesem I. Band, der nur einen Teil eines grösseren Werkes darstellt, bald die übrigen folgen mögen, damit unsere sonst so produktive Literatur auch auf diesem Gebiete bald autoritativ vertreten ist. L. Katz, Kaiserslautern.

Francis R. Packard, Text-Book of diseases of the nose, throat and ear for the use of students and general practitioners. *Philadelphia u. London, J. B. Lippincott Company, 370 Seiten, 1909.*

Dieses Werk hat nur den Zweck, den Studenten und den praktischen Arzt in die Rhino-Laryngologie einzuführen. Von den 370 Seiten sind 244 der Rhino-Laryngologie gewidmet und enthalten alles oder fast alles, was der praktische Arzt von diesen speziellen Fächern zu wissen braucht. Mit einer geradezu erstaunlichen Bündigkeit studiert Verfasser das nötige Instrumentarium, die Untersuchungsmethoden, die gebräuchlichsten Arzneimittel, die Anatomie der verschiedenen Organe und endlich die dieselben befallenden Krankheiten.

Das Kapitel des Heufiebers, dieser nationalen Krankheit, soll als das vollständigste des ganzen Buches betrachtet werden. Übrigens bringt Verfasser keine neuen Tatsachen oder Theorien vor.

In dem Abschnitt der Nasenkrankheiten vermissen wir die syphilitischen (primären) Affekte der Nase; Verfasser begnügt sich damit, zu sagen, dass Primäraffekte der Nase sehr selten sind; gerade aus diesem Grunde hätte er sie beschreiben und womöglich abbilden sollen.

Wir hoffen, dass das Buch eine zweite Auflage erleben wird und dass Verfasser in derselben die Tracheo-Bronchskopie mehr würdigen wird. Man sollte glauben, nachdem man die letzten Zeilen der Seite 161 gelesen hat, dass diese

Methode „die Kinderschuhe noch nicht ausgetreten hat". Der praktische Arzt, für welchen das Buch geschrieben worden ist, würde, wenn er nach dem folgenden Passus handeln wollte, Patienten mit Fremdkörpern der Trachea oder des Kehlkopfes lieber sterben lassen. „At present however the instruments are too complicated and too expensive and the method too difficult for general use."

Obgleich Packard ein gewisses Misstrauen gegen die internen Mittel in der Behandlung der Epistaxis zu hegen scheint, sollte er, da er für praktische Ärzte schreibt, die lieber ein Rezept schreiben als eine Tamponade ausführen, die Kalziumsalze erwähnen (milchsaures und chlorsaures Kalzium), die manchmal gute Dienste leisten können.

Endlich müssen wir dem Verfasser den Vorwurf machen, dass er total die bösartigen Tumoren der Pharynx vergessen hat. Nicht einmal die Differentialdiagnose der bösartigen Neubildungen und der sie vortäuschenden Krankheiten (Tonsillitis, Lues, Tuberkulose, Lupus, chronische retropharyngeale Abszesse usw.) wird berührt.

Was die Neubildungen des Kehlkopfes anbetrifft, vermissen wir einige Abbildungen, die dem Arzt mehr als ellenlange Seiten sagen; in der Abteilung der gutartigen Kehlkopftumoren, vergisst Verfasser, dass das Arsen bei den Papillomen manchmal gute Resultate gibt.

Inhaltschwer ist das Werk just nicht. Trotzdem wird die Klarheit der Darstellung, das Fehlen jeder Pedanterie ihm zum Erfolg gereichen. Für den praktischen Arzt wird es genügen unter der Bedingung, dass derselbe keine allzugrossen Ansprüche und keinen allzustarken Durst nach Wissenschaft habe. Die schöne Ausstattung verdient unser Lob (135 Abbildungen).

Menier.

O. v. Hovorka und A. Kronfeld, Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. *Stuttgart, Strecker-Schroeder, 1908/9.*

Ein Werk von stupendem Fleisse und erstaunlicher Gelehrsamkeit. Die Autoren haben mit Hilfe einer Anzahl Fachgenossen auf dem bis dahin eigentlich kaum beackertem Gebiete der „vergleichenden Volksmedizin" eine Fülle des Wissens und des Wissenswerten zusammengetragen, so dass das Werk seiner Bestimmung, eine Lücke in unserer Literatur auszufüllen, ganz und voll genügt. Der Titel „vergleichende Volksmedizin" entspricht allerdings nicht ganz dem Inhalt — es ist ein Kodex der gesamten Volksmedizin fast aller Länder und Völker, zu einer Vergleichung und Wertung der einzelnen Überlieferungen und Gebräuche dürfte das Material wohl noch nicht genügend gesichtet und die Gesichtspunkte, nach denen die Sichtung vorgenommen werden soll, sich noch nicht genügend herausgearbeitet haben.

Das Werk zerfällt in zwei Abteilungen: in der ersten wird das Material nach Stichworten dargestellt, in der zweiten werden die medizinischen Gebräuche, nach Krankheitsgruppen geordnet zur Anschauung gebracht. Für unsere Spezialität bringt die erste Abteilung selbstverständlich nur Einzelheiten — der Saft der Brennessel beseitigt die Entzündung des Zäpfchens; Mugwurz heilt Schwindsucht; Efeusaft in die Nasenlöcher geträufelt beseitigt schlechten Geruch und faulige Geschwüre; Karneol ist wirksam bei Nasenbluten und sehr, sehr vielem anderen mehr; die zweite Abteilung — der spezielle Teil — bringt einen zusammenhängenden Abschnitt über die Krankheiten der Atmungsorgane. Darin sind zahllose Gebräuche und Heilmittel zusammengestellt, die zu allen Zeiten und in allen Ländern im Volke Gebrauch gewesen sind. So finden wir die verschiedenen Methoden der Schnupfenübertragung berichtet etc. etc. Interessant ist z. B., dass im Volksaberglauben, wie er sich in der Volksmedizin darstellt, ein Zusammenhang zwischen Schnupfen und Fussschweiss

angenommen wird. Gegen Nasenbluten helfen allerlei Sprüche, z. T. religiösen Gepräges, ferner Amulette, bei denen namentlich Edelsteine eine Rolle spielen.

Halsentzündung wird durch mannigfachste Mittel und Segensformeln geheilt; namentlich ist es der heilige Blasius, an einigen Orten auch der heilige Johannes der Täufer, der gegen Halsleiden und Heiserkeit angerufen wird. Unter den zahllosen Mitteln, die angeführt werden, stammt ein nicht unbeträchtlicher Teil aus der „Dreckapotheke".

Bei der Besprechung des Kropfes ist zu erwähnen, dass der neuerlich erkannte Zusammenhang zwischen Geschlechtsleben und Kröpfen dem Volke längst bekannt war; so bestand im Altertum und z. T. noch jetzt im Orient der Brauch, der jungen Frau vor und nach der Hochzeitsnacht den Halsumfang zu messen. Den Königen von Frankreich und England wurde die Gabe zugeschrieben, durch blosses Auflegen der Hände auf den Kopf Kröpfe heilen zu können; die Grafen von Habsburg liessen zum gleichen Zwecke die Kropfleidenden aus ihrer Hand trinken. Auch die siebenten Söhne jeder Familie sollten in Frankreich durch Anblasen etc. Kröpfe beseitigen können. In anderen Gegenden gilt die Berührung mit einer Totenhand, am besten eines Hingerichteten, für heilsam und so vieles mehr.

Die gegen Heiserkeit und gegen Lungenkatarrh empfohlenen Mittel sind Legion, es ist unmöglich, auch nur die wesentlichsten anzuführen, um so mehr, als sich gerade bei einer solchen Aufzählung jeder innere Zusammenhang vermissen lassen würde. Erwähnen möchte ich nur, dass neben zahlreichen unbekannten und ungebräuchlichen Mitteln auch die schweisstreibenden Tees und manche teilweise noch heute in Anwendung befindlichen Arzneien, Salmiak, Ei mit Kandis, Isländisches Moos etc. etc. empfohlen werden.

Den Autoren, die sich der unendlichen Mühe unterzogen haben, das zerstreute Material zu sammeln und zu ordnen, gebührt der Dank eines jeden, der sich für volkstümliche Gebräuche und für Geschichte der Medizin interessiert; niemand wird das Werk ohne Anregung und Belehrung aus der Hand legen. Zahlreiche Abbildungen, z. T. gute Nachbildungen bekannter Werke der Meister der italienischen und niederländischen Schulen tragen zum Verständnis und zur Erhöhung des Interesses bei. Auch der Verlagsbuchhandlung gebührt für die vorzügliche Ausstattung unser Dank. P. Heymann.

Hermann Gutzmann, Physiologie der Stimme und Sprache. *Die Wissenschaft, Sammlung naturwissenschaftlicher und mathematischer Monographien. Heft 29, 1909, 208 S. Preis Mk. 8.*

Der Name des Verfassers bietet von vornherein die Gewähr, dass wir es in dem vorliegenden Buche mit einem wirklich gediegenen Werke zu tun haben, das nicht nur für den Physiologen allein, sondern auch für weitere Kreise, speziell für den Laryngologen und Spracharzt ein gewisses Interesse hat.

Zunächst finden wir in dem ersten — 55 Seiten umfassenden — Teile neben knappen, exakten, mit klaren, sehr guten Textfiguren versehenen anatomischen Vorbemerkungen über die Stimme und Atmungsorgane eine ausführliche, durch zahlreiche Abbildungen in 8 Kurven verständlich gemachte Darstellung der Physiologie der Atembewegungen beim Sprechen, denen sich als drittes Kapitel die Stimmphysiologie anschliesst. In diesem letzteren sind in erschöpfender, leicht verständlicher Art die neuesten Forschungen über Tonhöhe und Tonstärke, über das Brust- und Falsettregister, über Genauigkeit der Stimme, Stimmansätze, Stimmlage und -umfang, sowie über das Flüstern und die Bauchrednerstimme niedergelegt. Verfasser hat in diesem Teile nicht nur seine eigenen reichen Erfahrungen uns gegeben, sondern auch in anerkennenswerter objektiver Weise die Ergebnisse anderer Untersucher, wie z. B. die von Réthi, Katzenstein, Hensen, v. Grützner u. a. stets herangezogen und sich auf diese gestützt.

Im zweiten umfangreicheren Teile beschäftigt sich Gutzmann mit der Physiologie der Sprachlaute. Auch hier werden wir zunächst in die anatomischen Verhältnisse des sogenannten Ansatzrohres, also der Teile oberhalb der Stimmbandebene eingeführt, an die sich dann die ausführliche Physiologie desselben anschliesst. Er widmet das erste grössere Kapitel der Klanganalyse der Sprachlaute, welche er einteilt in:

a) Analyse der menschlichen Stimme durch einfaches Hören; mit Wiedergabe der einfachsten und kompliziertesten Untersuchungsmethoden,
b) Graphische Analyse der Klänge; wobei er von den primitiven Versuchen von Donders ausgehend, die gesamten bisher erreichten Ergebnisse historisch wiedergibt, bis zu dem Phonoskop von Otto Weiss und der Verwendung der Oszillographen seitens der englischen Forscher zu diesem Zweck,
c) Klangkurven: Ein Kapitel, in welchem zahlreiche Abbildungen aus Arbeiten von Hermann, Struycken, Katzenstein u. a. dem Leser dieses schwierige Gebiet graphisch verständlich machen sollen,
d) Analyse der Klangkurven; denen ausführliche Berechnungen von Hermann zugrunde gelegt sind,
e) Resultate der Klanganalyse. Auch hier greift Gutzmann auf die Forschungen von Hermann, Böcke und Pipping zurück, die er mit den Zusammenstellungen von Verschuur in einer übersichtlichen Tabelle am Schlusse wiedergibt,
f) Theorie der Vokale, in denen er objektiv die Obertontheorie von Hensen und Pipping und die dieser entgegenstehenden Formantentheorie von Hermann, Böcke und Samojloff behandelt und beide graphisch beleuchtet,
g) Synthese der Vokale,
h) Analyse der Konsonanten beschliesst diesen klaren und interessanten Teil.

Im zweiten Kapitel behandelt er die Formen und Bewegungen des Ansatzrohres und zerlegt sie in eine Analyse der Sprachbewegung durch Beobachten und eine solche durch registrierende Instrumente. Auch hier finden wir überall eine erschöpfend aufgebaute klare Darstellung mit übersichtlichen Textfiguren, denen eine ausführliche Beschreibung über Anwendung der Registrierung nebst Angabe von Apparaten für die Gesamtaufnahme der Artikulationsbewegungen und endlich der „Färbemethoden" von Grützner und dem Verfasser folgt.

Das dritte Kapitel des zweiten Teiles bildet einen kurzen Gang durch die Reihe der einzelnen Laute, in denen besonders ausführlich die wichtige Frage nach dem Unterschiede der Tenuis von der Media, sowie die Bildung der s-Laute besprochen wird.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis beschliesst das Buch.

In dem vorliegenden Werke sind als besondere Vorteile zu erwähnen kurze, knappe Darstellung in kleinem Druck des anatomisch-physiologischen Teils und der älteren Tatsachen, ausführliche klare Wiedergabe der modernen Forschungen und der Methoden der experimentellen Phonetik. — Infolgedessen kann das Buch insbesondere dem Spracharzte aufs Wärmste empfohlen werden, wie auch der moderne Gesangspädagoge aus ihm eine Fülle von Belehrungen schöpfen kann; für den Physiologen von Fach wird es eine willkommene Zusammenstellung sämtlicher Methoden in objektiver Form bilden.

Georg Cohn, Königsberg i. Pr.

Moritz Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege. *4. umgearbeitete Auflage von Professor Dr. Edmund Meyer. Berlin, bei Springer, 1909.*

Wohl selten ist in dem medizinischen Literaturschatze ein Buch erschienen, das bei vollkommenem Anspruch auf wissenschaftliche Würdigung ein so individuelles Gepräge trüge, wie das von Moritz Schmidt. Wenn

dieses Buch nunmehr in einer neuen Auflage erscheint, die besorgt wird von einem akademischen Lehrer, der im Gegensatz zu Schmidt nicht den Weg der Autodidaktik durchlebt hat, der ebenfalls im Gegensatz zu Schmidt ausser Arbeiten, die in direktem Zusammenhang mit der rhinolaryngologischen Praxis stehen, auch solche geliefert hat, die mehr theoretischen Charakters sind, wie z. B. die vergleichenden anatomischen Studien Meyers, so durfte man dem Resultat des Zusammenwirkens dieser immerhin heterogenen Kräfte mit einiger Spannung entgegensehen. Da ist es nun vom Beginn an, im Vorwort des Herausgebers, höchst erfreulich zu sehen, dass Meyer offenbar im vollen Bewusstsein der Verschiedenheiten der wissenschaftlichen Individualitäten des Verfassers der ersten drei Auflagen und der seinigen, an dieses Werk herangegangen ist. Im ganzen hat Meyer die Einteilung des Schmidtschen Buches beibehalten. Es ist ihm aber in sehr erfreulicher Weise gelungen, den einen grossen Fehler, den das Schmidtsche Buch hat, nämlich den der Unübersichtlichkeit, wesentlich zu beschränken, teils durch leichte Änderungen in der Anordnung der Kapitel, teils dadurch, dass er die einzelnen Punkte durch gesperrten Druck hervorhob. Es ist das ein Vorteil, der nicht genug anzuerkennen ist. Denn selbst demjenigen, der die früheren Auflagen des Schmidtschen Buches zu kennen glaubte, passierte es gar oft, dass er erst nach langem Suchen dasjenige wiederfand, was ihm vielleicht als dunkle literarische Erinnerung vorschwebte. Man kann sich daher in der Neuauflage um so leichter mit der Anordnung Schmidts befreunden, die bekanntlich darin besteht, dass jedes einzelne Kapitel in der Reihenfolge, Nase, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre behandelt wird. Es ist nicht zu verkennen, dass diese Art der Darstellung einem ausserordentlich modernen Bedürfnis Rechnung trägt, indem sie das ätiologische Moment als das bestimmende in den Vordergrund treten lässt. Und es hat diese Form der Darstellung weiter den Vorteil, dass in ihr die Fühlung mit der allgemeinen Pathologie sehr viel leichter aufrecht erhalten werden kann, als wenn man die einzelnen Krankheitsbilder als rein lokale und losgelöst von ihrer Umgebung beschreibt.

Im Vorwort motiviert der Herausgeber ausdrücklich, dass er keine genauen Literaturangaben gibt. Dieser Standpunkt erscheint auch uns vollkommen richtig. Das Schmidtsche Werk ist in seinem Umfang seit der ersten Auflage schon erheblich angewachsen, eine vollständige Literaturangabe würde unmöglich sein und selbst eine teilweise eine folgende Auflage über Gebühr belasten, so dass die Herausgabe in einem immerhin noch handlichen Bande, wie der vorliegende, ausgeschlossen sein dürfte.

Es sei uns gestattet, aus dem sehr reichen Inhalt des Buches auf einzelne Punkte einzugehen, um es dann im ganzen zu würdigen.

Die Darstellung der Anatomie beschränkt sich sehr glücklich auf das wesentliche, ohne auf die vielen, gerade im Gebiet der Nase und deren Nebenhöhlen sich findenden Abweichungen näher einzugehen. Die Abbildungen, welche hier hinzugefügt sind, sind ausserordentlich instruktiv und erleichtern es auch dem weniger Kundigen, sich über die Verhältnisse schnell zu orientieren. Nur die Abbildung auf Seite 16, welche Nasen-Rachen und Mund-Rachen von hinten eröffnet darstellt, hätten wir etwas grösser und deutlicher gewünscht. Vielleicht liegt es daran, dass zur Reproduktion ein etwas altes Präparat genommen wurde, vielleicht auch an dem entschieden zu kleinen Format, wenn dieses Bild weniger befriedigend ausgefallen ist. Ebensowenig gelungen scheint mir das mikroskopische Bild aus einer Tonsille zu sein (Seite 18). Im ganzen möchte ich überhaupt den Standpunkt vertreten, dass, zumal in einem Buch wie dem vorliegenden, mikroskopische Präparate nur in Farben ausgeführt und mit Bezeichnung der Färbung der verschiedenen Gewebsteile gegeben werden sollten. Dasselbe gilt von einigen anderen mikroskopischen Bildern, wenn sich auch z. B. auf dem Schnitt durch ein Granulum der hinteren Pharynxwand dieser Nachteil bedeutend weniger geltend macht.

Vielleicht wird der Autor auch Gelegenheit nehmen, bei einer späteren Auflage die Lymphgefässe, besonders des Halses, einer etwas genaueren Darstellung durch Abbildungen zu würdigen. Entwickelungsgeschichte und Missbildungen haben in der Neuauflage keine so wesentlichen Änderungen erfahren. Auch die allgemeine Symptomatologie und Untersuchung hält sich im ganzen in dem alten Rahmen, selbstverständlich unter Hinzufügung der neueren Fortschritte. Auf Seite 103 erblickt der Leser, wie auch in den früheren Auflagen, Schmidt mit seinem Schüler Avellis, an dem die Laryngoskopie in klassischer Weise demonstriert wird. Die Hypopharyngoskopie (Seite 119) ist nicht, wie angegeben wird, von Herrn von Eicken zuerst ersonnen worden, sondern von dem Unterzeichneten (vergl. Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen, 2. Band, Seite 287 ff. und daselbst Seite 395). Sie ist gleichzeitig und unabhängig von v. Eicken und mir, von Dreyfuss und Gerber angegeben worden. Übrigens hat schon Czermak Versuche gemacht, sich die laryngealen Teile des Pharynx im Spiegelbilde sichtbar zu machen. Sehr erfreulich ist, dass Herausgeber nachdrücklichst die Durchleuchtung als diagnostisches Hilfsmittel bei Erkrankungen der Nebenhöhlen auf ihren wahren Wert zurückführt. Sie erfreut sich in den Kreisen der praktischen Ärzte entschieden einer gewaltigen Überschätzung, so dass „Durchleuchtung" vielfach mit der Untersuchung auf Nebenhöhlenerkrankungen überhaupt als synonym betrachtet wird. Ebenso möchte ich es für sehr erfreulich halten, dass Verfasser in bezug auf die Nasenspülungen einen anderen Standpunkt einnimmt, als Schmidt das in seinen früheren Auflagen getan hat (Seite 135). Bei Besprechung des Spasmus glottidis hätte ich gern ein Mittel erwähnt gesehen, das besonders geeignet ist, diesen für den Anfänger immerhin nicht angenehmen Zwischenfall schnell abzuschliessen, nämlich die tiefe Respiration durch die Nase, unter Zuhalten des vorderen Teiles derselben. Ebenso dürfte es vielleicht nützlich sein, bei Besprechung des Retropharyngealabszesses bei Kindern auf die Gefahr der starken Rückwärtsbeugung des Kopfes bei der Untersuchung hinzuweisen. Es sind eine Reihe von Todesfällen, die dabei vorgekommen sind, beschrieben — und nicht beschrieben. Bei Besprechung der Behandlung des Peritonsillarabszesses wäre meines Erachtens auf die Eröffnung von der Mandel aus mehr Gewicht zu legen. Ganz besonders gut und instruktiv sind die Erkrankungen der oberen Luftwege bei Tuberkulose, denen ja auch schon Schmidt seine besondere Aufmerksamkeit zugewandt hatte, beschrieben. Der kurativen Tracheotomie steht der Herausgeber erfreulicherweise recht kritisch gegenüber. Auch bei der Besprechung der Syphilis ist durchaus der moderne Standpunkt gewahrt. Das Ausstrich-Präparat der Spirochaeta pallida, Seite 363, ist etwas arg deutlich ausgefallen, auch hier würde ein farbiges Bild bedeutend instruktiver sein. Hervorgehoben sei noch besonders die Beschreibung der Operationen an der Stirnhöhle nach Killian, die submuköse Resektion des Septums und andere Eingriffe. Überall versteht es der Verfasser, das Wesentliche zu geben, ohne sich in Kleinigkeiten zu verlieren. Bei Besprechung der Polypen, Seite 525, hätten wir uns ein etwas genaueres Eingehen auf den Choanalpolypen gewünscht.

Aus dem sehr reichen Inhalt des Buches haben nur einige Punkte herausgehoben werden können. Wer das Buch aufmerksam und mit Interesse liest, wird die Überzeugung gewinnen, dass dem Herausgeber die ausserordentlich schwierige Aufgabe, an deren Lösung er mit aller Pietät herangetreten ist, glänzend gelungen ist. Überall sieht man in der neuen Auflage die Gewohnheit des Herausgebers, zu lehren, die er in langjähriger akademischer Tätigkeit sich erworben hat, deutlich hervortreten. Überall erkennt er mit sicherem Takt, wo die notwendigen Grenzen der Darstellung liegen. Der Leser dieses Buches wird es mit dem Gefühl aus der Hand legen, dass er nicht allein auf dem Gebiet der Rhinologie und Laryngologie, sondern auf

dem der allgemeinen Medizin vieles gelernt hat, vieles, das für die Praxis von ausserordentlichem Wert ist. Das Schmidtsche Lehrbuch hat seit dem Jahre 1894 nunmehr die vierte Auflage erlebt. Das ist unter den gegenwärtigen Verhältnissen ein ausserordentlich glänzender Erfolg. Wir zweifeln nicht, dass das Werk in der nunmehr vorliegenden neuen Bearbeitung denselben, wenn nicht grösseren Erfolg haben wird. Es ist nicht nur eine vermehrte, sondern in jedem Sinne auch eine verbesserte Auflage, die Meyer geschaffen hat und man muss daher das Buch als eine durchaus würdige Fortsetzung der Schmidtschen Lebensarbeit dem grossen Leserkreise, der ihm gehört, aufs angelegentlichste empfehlen. Bl.

Jankau, Taschenbuch für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte. *XI. Ausgabe. Eberswalde bei Max Gelsdorf.*

Der bekannte Taschenkalender erscheint in wesentlich erweiterter Form; so sind z. B. die Kapitel Röntgen-Untersuchung, Gravidität und Tuberkulose neu hinzugekommen und auch sonst ist das Material wesentlich vermehrt.

Fortgefallen sind die Personalia; das ist angesichts der Schwierigkeit, die die Besorgung eines vollständigen Verzeichnisses bietet, nicht zu sehr zu bedauern; doch wäre es vielleicht erwünscht, eine Liste der Spezialjournale und der seit der letzten Ausgabe erschienenen speziell interessierenden Bücher zu geben.

Unter den Daten zur Geschichte dürfte auch die Bronchoskopie Platz finden. Ein etwas genaueres Lesen der Korrekturen wird die bei den Eigennamen besonders häufigen Druckfehler leicht ausmerzen.

Dem Spezialisten wird auch diese Auflage des Kalenders ein handlicher und nützlicher Berater sein. Bl.

Dr. Otto Seifert, Professor an der Universität Würzburg, Behandlung der Erkrankungen der Mundhöhle mit Ausschluss der Gangrän und Phlegmonen, Zahn- und Zahnfleischkrankheiten. *34 S. Jena, G. Fischer 1909. S.-A. aus d. Handb. d. ges. Therapie, herausg. v. Dr. F. Penzoldt und Dr. R. Stintzing.*

Es ist keine ganz leichte Aufgabe, die Behandlung der Mundkrankheiten auf einen so engen Raum zusammenzudrängen, ohne etwas Wesentliches zu übersehen und zugleich doch mehr zu geben, als eine trockene Aufzählung der Tatsachen. Zumal, wenn dazu die Literatur in möglichster Vollständigkeit berücksichtigt werden soll. Seifert ist diese Aufgabe mit der ihm eigenen Klarheit und Übersichtlichkeit gelungen.

Einleitend bringt der Verf. in dem allgemeinen Teil eine gedrängte Kosmetik der Mundhöhle, die Pflege des Mundes und der Zähne, Spülungen, Gurgelungen, Zahnwasser, Zahnpulver und -Pasten, Zahnbürsten und die Art ihrer Anwendung werden besprochen. Dem Praktiker werden die zahlreich gegebenen Formeln zur Herstellung von Mundwässern u. dergl. willkommen sein.

Im speziellen Teil finden wir die Erkrankungen der Lippen, weiter die Lippen- und Mundkrankheiten des kindlichen Alters. Bei Dentitio difficilis verwirft Verf. die Inzision des Zahnfleisches und empfiehlt dafür Alypinpinselungen. Vielleicht wäre in diesem Teile auch ein Hinweis auf die noch heute nicht ganz seltene überflüssige Durchtrennung des Zungenbändchens bei Säuglingen nützlich gewesen. Mit Recht macht Verf. auf die grosse Wichtigkeit einer sehr frühzeitigen rationellen Mund- und Zahnpflege beim Kinde aufmerksam.

Die verschiedenen Formen der Stomatitis finden bezüglich der Therapie eingehende Würdigung, ebenso die der Gruppe der Dermatosen angehörigen Störungen, wie Pemphigus Lichen etc. Urtikaria der Mundschleimhaut, die von Verf. als selten bezeichnet wird, scheint doch nicht eine so ungewöhnliche Erkrankung zu sein. Übrigens bedauerten wir bei der Lektüre gerade dieses

Kapitel, dass der Charakter des Sammelwerkes, welcher die Pathologie und Symptomatologie nur in kurzen Strichen zulässt, nicht verstattete, die Krankheitsbilder und ihre oft so schwierige Differentialdiagnose ausführlicher zu schildern. Es gehört dazu eine grosse diagnostische Fertigkeit, umfängliche Erfahrung und eingehende Kenntnisse in der Dermatologie, wie wir sie bei den Laryngologen nicht allzu häufig finden. Seifert würde für diese Aufgabe in erster Linie legitimiert sein, — vielleicht dürfen wir erwarten, sie von ihm einmal gelöst zu sehen. Heute stehen wir bezüglich der Zusammenhänge zwischen Haut- und Schleimhauterkrankungen häufig genug vor kaum lösbaren Schwierigkeiten.

Besonders eingehend verweilt Verf. bei der Behandlung der Leukoplakie, die er deshalb als so wichtig bezeichnet, weil diese Erkrankung so häufig den Ausgangspunkt für Karzinome darstelle (état précancereux).

Eine Darstellung der Therapie der Mundtuberkulose, des Lupus, Soor, der Sekretionsanomalien und schliesslich der Verbrennungen und Verätzungen beschliessen diesen Teil. Den Schluss der Arbeit bietet die Behandlung der Zungenkrankheiten. Für die so überaus lästige und schmerzhafte Papillitis lingualis erklärt Verf. als einziges wirksames Mittel die Galvanokauterisation der schmerzhaften Stellen unter Lupenkontrolle. Das als schwarze Haarzunge bekannte Krankheitsbild bezeichnet Verf. als Nigrities linguae, — meiner Meinung sind beide und noch eine Reihe anderer auf die Schwärze der Zunge hindeutende Bezeichnungen nicht richtig, da die Hyperkeratosis der Papillae filiformis sowohl unpigmentiert vorkommt und alle Farbenübergänge, von einer Art Blond über Braun bis zum Schwarz auftreten. —

Wer sich über die Behandlung der Mundkrankheiten schnell und sicher unterrichten will, möge die Seifertsche Abhandlung zur Hand nehmen. Nicht nur der allgemeine Praktiker, für den das Werk eigentlich bestimmt ist, sondern auch der erfahrene Spezialist wird viele wertvolle Winke finden. Die Literaturübersichten sind sehr ausführlich und sorgfältig.

Kronenberg.

IV. Gesellschafts- und Kongressberichte.

XII. Niederl. phys. u. mediz. Kongress in Utrecht, 17. April 1909.

Prof. Dr. H. Snellen, Affektionen des Nervus opticus als Folgeerscheinungen von Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase.

Die Ätiologie der Affektionen des Nervus opticus ist sehr verschieden und erst in der letzten Zeit hat man an die Möglichkeit gedacht, dass auch die Nebenhöhlen der Nase, welche nur von einer dünnen Knochenlamelle von der Orbita, von dem Canalis opticus und Chiasma geschieden sind, eine nicht unwichtige Rolle in der Ätiologie spielen.

Die Kenntnis der Anatomie und Physiologie, aber vorab der Pathologie der Nebenhöhlen und der Zusammenhang zwischen Krankheiten dieser Höhlen und Augenaffektionen wurde erst viel später bekannt, obgleich schon im Jahre 1817 von Beer, 1830 von Galezowsky und 1854 von Mackenzie darauf hingewiesen wurde.

Augenaffektionen bei Empyemen der Stirn- und Oberkieferhöhlen wurden früher erkannt und beschrieben als die, welche durch Krankheiten des Sinus sphenoidalis entstehen, aber erst im Jahre 1886 haben Berger und Tyrmann eine systematische Beschreibung gegeben von der Anatomie und Patho-

logie der Nebenhöhlen der Nase und der damit zusammenhängenden Augenaffektionen. Snellen erwähnt die verschiedenen Theorien, welche von Salter, Grünwald, Hajek, Kuhnt, Ziem und anderen geformt sind über die Weise, worauf Affektionen des Nervus opticus und der Retina bei Nebenhöhlenentzündungen entstehen können und meint, dass erst Onodi mit seiner Arbeit: „Der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase" die Untersuchungen über diesen Gegenstand wieder in rationelle Bahnen geleitet hat. Durch viele Sektionen hat er, wie Zuckerkandl schon früher tat, die grosse Verschiedenheit in Grösse und Lage des Sinus sphenoidalis und der hinteren Siebbeinzellen demonstriert, und deutlich gemacht, wie durch Affektion eines Sinus der Nervus opticus derselben Seite, in anderen Fällen der anderen Seite oder beide Nervi optici erkranken können. Auch meint Onodi, dass die Entzündung indirekt fortgeleitet werden kann durch Thrombophlebitis der Vena ethmoidalis, welche viele Anastomosen hat mit den Orbitalvenen.

Killian hat durch Injektionsversuche den Zusammenhang zwischen Gefässen des Sinus sphenoidalis und der Optikusscheide gezeigt.

Nach einigen statistischen Zahlen über Orbitalleiden und Sinusaffektionen, worunter die von Birch-Hirschfeld, der in 59,8% der Fälle von Orbitalleiden die Ursache in Sinuserkrankung gefunden hat, mit 6,1% für den Sinus sphenoidalis, erwähnt Snellen seine eigenen Erfahrungen und meint, dass bei Optikuserkrankung der Sinus sphenoidalis mit den hinteren Siebbeinzellen an der ersten Stelle in bezug kommen, während bei Eiterungen des Sinus frontalis und maxillaris Gesichtsstörungen äusserst selten sind.

Zum Schluss erwähnt Snellen einen Fall, welchen er im Jahre 1906 behandelte. Ein Bauer wurde beinahe sterbend in das Augenhospital in Utrecht überführt. Vor acht Tagen trat unter Kopfschmerzen und Erbrechen Gesichtsverringerung ein. Das rechte Auge wurde blind und bei der Untersuchung war der Visus links $^{6}/_{60}$ mit temporaler Hemianopsie und Parese des Nervus abducens und oculomotorius. Die übrigen Gehirnnerven waren intakt.

Obgleich der Patient von der Seite der Nase nur ein wenig Nasenbluten hatte und bei der rhinoskopischen Untersuchung nichts Abnormes gefunden wurde, stellte Snellen die Diagnose auf Eiterung in der Nähe des Chiasma, vermutlich von dem Sinus sphenoidalis ausgehend.

Der allgemeine Zustand des Patienten wurde schlechter und, da ein negatives Resultat bei der rhinoskopischen Untersuchung die Möglichkeit einer Sphenoidaleiterung nicht ausschliesst, bat Snellen Dr. Quix die beiden Sinus sphenoidales zu öffnen, was am siebenten Tage nach der ersten Untersuchung geschah. Aus dem linken Sinus kam viel Pus, aus dem rechten etwas weniger.

Der Zustand des Patienten blieb noch einige Zeit schlecht, endlich aber erholte er sich und ist völlig geheilt. Das rechte Auge ist blind geblieben, aber der Visus des linken Auges ist gebessert bis $^{5}/_{6}$.

Snellen meint, dass die Eiterung durch die obere Wand des Sinus übergegangen ist auf den rechten Nervus opticus und Tractus opticus, wodurch das rechte Auge ganz erblindet ist und von dem linken Auge die temporale Hälfte des Gesichtsfeldes verloren gegangen ist.

Ausserdem muss sich die Entzündung bis an die Fissura sup. der linken Orbita ausgebreitet und die motorischen Nerven mitaffiziert haben.

Seitdem hat Snellen in allen Fällen, die vermutlich mit Erkrankungen des Sinus sphenoidalis und hinteren Siebbeinzellen in Verbindung stehen, diese Höhlen eröffnen lassen. Diese Fälle werden später veröffentlicht werden.

F. H. Quix, Der Zusammenhang zwischen Affektionen des Nervus opticus und der hinteren Nebenhöhlen der Nase.

Nasen- und Augenheilkunde haben sich ganz unabhängig voneinander entwickelt, fast ohne aufeinander zu achten, erst in den letzten 25 Jahren ist der Zusammenhang zwischen beiden Gebieten mehr hervorgetreten.

Quix muss sich beschränken auf einen kleinen Teil von dem grossen Gebiete des Zusammenhanges zwischen Nasen- und Augenaffektionen und entschloss sich, angeregt durch einige Fälle von Sehnerverkrankung bei Nebenhöhleneiterung, welche er mit Prof. Snellen behandelte, speziell die Optikusaffektionen bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase zu besprechen.

Nach einer ausführlichen Beschreibung der Topographie des Sinus sphenoidalis und der hinteren Siebbeinzellen, wobei besonders die abnormale Lage der hinteren Siebbeinzelle nach Onodi erwähnt wird, und der Anatomie dieser Höhlen mit ihrer Umgebung, skizziert Quix die klinischen Symptome, welche bei Sinusitis sphenoidalis und ethmoidalis entstehen können und behandelt ihre Therapie.

Dann werden die Verhältnisse, welche zwischen Sinus sphenoidalis, den hinteren Siebbeinzellen, den beiden Canales optici und den Sulcus opticus bestehen, behandelt und wird durch schematische Zeichnungen deutlich gemacht, wie bei Affektionen dieser Höhlen sehr verschiedene Gesichtsstörungen möglich sind.

Quix behandelt die verschiedenen Ursachen, welche den Übergang der Entzündung von dem Sinus nach dem Sehnerv befördern können, z. B. die Dehiszenzen im Canalis opticus, die vielen Anastomosen zwischen den Venen der Nebenhöhlenschleimhaut, der Dura mater und des Perineuriums.

Vielleicht sind noch wichtige Data darüber zu erlangen, wenn man bei der operativen Eröffnung des Sinus sphenoidalis die Schleimhaut, wenn möglich mit Knochen entfernt, gleich fixiert und später untersucht. Quix arbeitet in der Richtung, aber er hat noch nicht genügendes Material, um eine Konklusion ziehen zu können.

Die Entzündung in der Keilbeinhöhle braucht nicht immer eiterig zu sein, um Optikusaffektionen zu geben, vielleicht kann eine Ostitis rareficans der Wände der Höhle die Ursache von Optikuserkrankung werden.

Bei schneller Heilung und Zurückkehr des Visus nach Eröffnung der Keilbeinhöhle, welche Quix in einigen Fällen wahrgenommen hat, glaubt er, dass der Visus nicht infolge von Entzündung mit Infiltration des Sehnervs gestört gewesen ist, sondern infolge von Funktionsstörung durch Stauung oder Anhäufung von Toxinen.

Ausführlich werden von Quix verschiedene in der Literatur bekannte Fälle von Optikusleiden durch Sphenoidalleiden und Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen behandelt und er schliesst daraus, dass einseitige oder doppelseitige Optikusaffektionen entstehen können durch gleichseitige, gekreuzte oder doppelseitige Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase; dass Nasenbehandlung Besserung oder Heilung bringen kann in vielen Fällen, bei welchen die augenärztliche Behandlung machtlos ist. Die Nasenbehandlung soll aber früh gemacht werden; wenn schon Atrophie der Papille eingetreten ist, kehrt der normale Visus nicht wieder.

Bei verschiedenen Fällen, welche Quix mit Prof. Snellen behandelte, und welche später ausführlich veröffentlicht werden, geschah die Nasenuntersuchung per Rhinoscopiam anteriorem mit der Sonde und per Rhinoscopiam posteriorem; bei einigen Fällen wurde die Riechschärfe mit dem Olfaktometer bestimmt. Die Operation der Keilbeinhöhle geschah nach Resektion der Concha media, die hinteren Siebbeinzellen wurden von der Nase aus breit eröffnet.

In sehr wenigen Fällen wurde bei der rhinoskopischen Untersuchung Eiter gefunden, von welchem die Herkunft aus dem Sinus sphenoidalis oder aus den hinteren Siebbeinzellen sichergestellt werden konnte. In wenigen Fällen wurde nach der Öffnung der Keilbeinhöhle Eiter gefunden, bisweilen war die Schleimhaut rot und mit zähem Schleim bedeckt.

Quix meint, dass in allen Fällen von Optikusaffektionen ohne deutliche extranasale Ursache, die gleichseitigen hinteren Siebbeinzellen und der Sinus sphenoidalis geöffnet werden sollen; wenn keine Besserung eintritt, soll dieselbe Operation auch an der anderen Seite gemacht werden.

Dr. J. H. L. Struycken, Die Indikation zur Adenotomie bei Kindern.

Um kurz einen Überblick zu geben über die verschiedenen Gründe, welche den Arzt veranlassen können, Adenotomie zu machen, hat Struycken in Tabellen, welche natürlich nicht zum Referat geeignet sind, die Symptome wiedergegeben von ungefähr 5000 Patienten, bei welchen er Adenotomie gemacht hat. Die Tabellen enthalten nur Fälle, bei welchen die Hypertrophie der Rachenmandel bedeutend war und von den Beschwerden wurden nur diejenigen aufgezeichnet, welche im Zusammenhang mit den Adenoiden stehen konnten.

Beim Stellen der Indikation zur Adenotomie können viele Faktoren von Einfluss sein. Oft ist es sehr leicht, wenn grosse Adenoiden mit deutlichen Beschwerden vorhanden sind. Andererseits gibt es Grenzfälle, bei welchen im Nasopharynx nur sehr kleine Adenoiden bestehen, welche aber durch rezidivierende Mittelohrkatarrhe, Husten etc. Anlass geben zur Adenotomie.

Ziemlich starke Hypertrophien der Rachenmandel geben bei weitem Nasopharynx oft sehr geringe oder keine Beschwerden und brauchen nicht immer entfernt zu werden. Wenn die Adenoiden bisweilen auch sehr wenig Störung in der Nasenatmung geben, können doch Abweichungen im Gehör, an den Zähnen und im Gesicht das ganze Leben durch bestehen.

Auch verläuft die Diphtheritis bei Kindern, welche adenotomiert sind, viel günstiger als bei Kindern mit einer Hypertrophie der Rachenmandel. Aus diesen Gründen mögen viele Ärzte sehr bald zur Adenotomie schreiten, die Beschwerden und Gefahren der Operation müssen auch beachtet werden. Bei Hämophilen und Leukämikern soll die Adenotomie nicht oder nur mit der Glühschlinge gemacht werden, auch soll man bei fiebernden Kindern sehr ausnahmsweise operieren. Ebenso ist eine nicht selten vorkommende Pneumokokkeninfektion der Tonsillen mit Lymphdrüsenschwellung am Unterkieferwinkel eine Kontraindikation. Wenn das Fieber herstammt von einer akuten Otitis media oder von einer Mastoiditis, kann die Adenotomie von Nutzen sein. Struycken achtet den psychischen Affekt und die Schmerzen, wenn man ohne Narkose operiert, sehr nachteilig und meint, dass die Operation ohne Narkose nicht so vollkommen geschehen kann. Er gibt in $^1/_3$ seiner Fälle Narkose und erreicht damit den Vorteil, dass er, ausser der Adenotomie, eventuell zugleich die Nasengänge weiter machen kann.

Die Gefahren der Adenotomie in Narkose achtet er nicht grösser als beim Operieren ohne Narkose; nur einmal musste Tracheotomie gemacht werden, weil ein Blutkoagulum den Larynx verschloss, aber auch beim Operieren ohne Narkose wurde eine Rachenmandel aspiriert.

Nachblutungen hat Struycken nicht mehr gehabt, seit er die Kinder nach der Operation 24 Stunden zu Bett hält unter Observation. Infektion nach der Operation kommt sehr selten vor.

J. Haverschmidt, Einige Bemerkungen über die Pathologie der Tonsillen, besonders der Tonsilla pharyngea in Zusammenhang mit der Indikation zur Adenotomie und Tonsillotomie.

Gewöhnlich werden die Fälle von Hypertrophie der Tonsillen und Adenoiden mit deutlichen lokalen Erscheinungen bald vom Nasenarzt behandelt, für den Kinderarzt ist es wichtig, die Bedeutung von hypertrophischen, kranken Tonsillen als Ursache von allgemeiner Erkrankung, auch wenn lokale Erscheinungen fehlen, ins Licht zu stellen.

Bei Infektionsprozessen spielen die Tonsillae palatinae eine wichtige Rolle, aber die Tonsilla pharyngea ist in der Beziehung nicht weniger wichtig. Eine Angina retronasalis, welche bei der Inspektion des Pharynx keine deutlichen Veränderungen zeigt, kann bei sehr jungen Kindern die Ursache von unerklärter Temperatursteigerung sein.

Haverschmidt beschreibt diese Krankheit mit ihren Folgeerscheinungen, wie Otorrhoe, Lymphdrüsenschwellung, bisweilen Nephritis, Entero-

kolitis etc. Ein Teil der Kinder, welche diese Krankheit durchmachen, haben vorher schon Symptome gezeigt, welche auf das Bestehen von Adenoiden hinweisen.

Finkelstein, Ausset u. a. haben diese primäre, akute Amygdalitis pharyngea beschrieben. Kretz hat Fälle gesehen von tödlicher Bakteriämie von rhinopharyngealem Ursprung. Auch das Drüsenfieber ist eine Amygdalitis pharyngea mit starker Reaktion der regionären Lymphdrüsen.

Haverschmidt behandelt auch die chronische Entzündung der Tonsilla pharyngea und meint, dass sehr lange dauernde Temperaturerhöhungen entstehen können durch chronische Adenoiditis, welche Meinung von Marfan, Ruault u. a. geteilt wird.

Die Tonsilla palatina spielt erst in dem zweiten Lebensjahre eine Rolle in der Pathologie des Kindes, die Tonsilla pharyngea schon früher; das Adenoid des Neugeborenen verdient daher eine besondere Besprechung.

Statistische Data gibt es in dieser Beziehung nicht und Palpation des Nasopharynx ist beim Neugeborenen schwierig und schmerzhaft; sie soll denn auch nur, wenn ein besonderer Anlass dazu besteht, gemacht werden.

Oft sind die Beschwerden sehr gering und werden unter günstigen Umständen bei der Entwickelung des Nasopharynx immer weniger. Bei vielen Kindern aber treten später die bekannten Symptome der Rachenmandelhypertrophie auf.

Haverschmidt erwähnt die verschiedenen Störungen, welche nach Elmerich, Czerny u. a. bei Säuglingen durch Adenoide auftreten können und vergleicht diese mit den Symptomen, welche früher das Krankheitsbild der Skrofulose darstellten. Nicht alle Symptome der Skrofulose können aus den Adenoiden erklärt werden, es gibt dabei verschiedene Faktoren, welche noch nicht bekannt sind.

Haverschmidt bespricht ausführlich die lymphatische Diathese (Heubner) und die exsudative Diathese (Czerny) und meint, dass ausser Entfernung von eventuellen Adenoiden eine hygienisch-diätetische Behandlung sehr wichtig ist.

Marfan hat auf die Häufigkeit von Adenoiden bei Rachitis hingewiesen und meint, dass neben einer hereditären Disposition für Rachitis eine für Hyperplasie des lymphoiden Gewebes der oberen Luftwege besteht.

Haverschmidt meint, dass konstitutionelle Ursachen eine wichtige Rolle spielen beim Entstehen der Mandelhypertrophien und des mehr komplizierten Krankheitsbildes, welches von anderen ausschliesslich den Hypertrophien zugeschrieben wird.

Die chronischen, rezidivierenden, asthmatisch-bronchitischen Krankheitszustände, welche Czerny zu der exsudativen Diathese rechnet, werden von Haverschmidt besprochen und er meint, dass die, beinahe stets dabei vorkommende Hypertrophie der Rachenmandel nicht die Krankheitsursache ist, sondern eher eine Äusserung der allgemeinen katarrhalen Diathese.

Der Zusammenhang zwischen Enuresis, Asthma, Epilepsie, Konvulsionen, Pavor nocturnus, Laryngospasmus, Chorea etc. und Adenoiden ist nicht deutlich, obgleich die Entfernung der Adenoiden in vielen Fällen Besserung bringen kann. Nach einigen Zahlen, welche sich auf 382 untersuchte Kinder beziehen und Erwähnung der Meinung von einigen Pädiatern über die Indikation zur Adenotomie, gibt Haverschmidt als seine Meinung, dass der Kinderarzt die Adenotomie für notwendig hält, wenn die hypertrophische Rachenmandel lokale Erscheinungen macht oder rezidivierende Entzündungen, mit oder ohne Ohren- oder Nasenkomplikationen; auch beim Vorkommen von nervösen Störungen, welche wahrscheinlich als Reflexsymptome der Adenoiden aufgefasst werden können. Bei psychischen Störungen (Aprosexie) erachtet er die Adenotomie indiziert, wenn die geistige Ermüdung nicht auf andere Weise erklärt werden kann, wenn grosse Adenoiden vorhanden sind und wenn möglich zu beweisen

ist, dass die Aprosexie sich entwickelt hat im Anschluss an eine Zunahme der Adenoiden.

Die Tonsillae palatinae müssen behandelt werden, wenn sie lokale Störungen geben, beim Schlucken, Sprechen etc., auch bei rezidivierenden Entzündungen. Reflexsymptome können auch die Behandlung notwendig machen.

Hämophilie und Leukämie, allgemeine Tuberkulose und akute Infektionen in der Gegend der Tonsillen gelten als Kontraindikation.

Aber mit der Entfernung der Tonsillen ist die Arbeit des Kinderarztes nicht zu Ende, die Patienten brauchen neben der lokalen eine allgemeine Behandlung, welche sich nach dem Individuum richtet. Kan, Leiden.

XXIII. Versammlung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln am 2. Mai 1909.

Schmidt, Düsseldorf: Über ein nach Denker operiertes Adenom der Nase und des Nasenrachenraums. (Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

Diskussion: Hopmann I empfiehlt seine bekannte Methode zur Operation von Nasenrachentumoren und betont, dass die so gefürchtete Blutung leicht zu bekämpfen sei, sobald es gelänge, submukös an die Basis des Tumors zu gelangen.

Pröbsting empfiehlt warm die Denkersche Methode. Er berichtet über einen Fall von Antrumkarzinom, der seit $^3/_4$ Jahren rezidivfrei ist.

Preysing, Köln: Bericht über einige seltenere Tumoren der oberen Luftwege.

1. Demonstration mikroskopischer Präparate eines behaarten Nasenrachenpolypen von einem vierwöchentlichen Kinde aus der Praxis von Dr. Littaur (Düren). Nach der von Littaur mit der Kornzange vorgenommenen Entfernung des Tumors waren sofort alle Beschwerden verschwunden. Die mikroskopische Untersuchung zeigte im Inneren reichlich lipomatöses Gewebe und Muskelfasern, aussen Kutis mit kleinen Haaren. Vortr. stellt die Vermutung auf, bei diesen Tumoren könne es sich um rudimentäre Epignathusbildung handeln.

2. Tumor der Trachea. Längere Jahre Blutspucken, Stenose, spontane Abstossung eines Tumors und Besserung. Nach Jahren Rezidiv. Bei der Operation (Tracheotomie, Pacquelin) ein den VII. Trachealknorpel vorne durchsetzender und zum grossen Teil umgreifender Tumor (Endotheliom). Besserung, Rezidiv.

3. Grosser Nasenrachentumor. 1. Operation von Bier mittelst Kieferresektion. Tumor anscheinend Angiom, mikroskopisch zeigt er sich als aus Nebennierensubstanz bestehend (Metastase). Schnelles Rezidiv. 2. Operation von Garré. Nach vier Wochen Rezidiv. Zuletzt von Preysing nach einer von ihm öfter geübten Methode von oben entfernt. Schnitt wie bei der doppelseitigen Stirnhöhlenoperation. Wegmeisselung der Stirnhöhlenböden, von dort Eindringen in die Nase mit sehr gutem Überblick.

Im Leibe hat sich bei dem Kranken inzwischen ein jetzt mannskopfgrosser Tumor (Hyponephrom) gebildet.

Diskussion: Littaur berichtet Klinisches über seinen Fall von behaartem Rachenpolyp und über ein von ihm entferntes, bei einer 65 jährigen Frau seit Jahren bestehendes, vom Ösophagus ausgehendes Fibrom, das bisweilen hervorschnellte, aber weiter keine Beschwerden machte.

Levi-Bonn sah ein Sarkom der Nasopharynx nach Karotisunterbindung unter Arsen ohne Operation heilen, ebenso Pröbsting ein grosses, anscheinend inoperables Nasensarkom.

Cohn, Mülheim a. Rh.: Fall von primärem Larynxlupus. (Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

In der Diskussion (Hansberg, Henrici, Kronenberg) wird die geringe Reaktion und das Fehlen von Schluckstörungen nach Epiglottisamputation hervorgehoben.

Hansberg, Dortmund: Bronchoskopischer Fremdkörperfall. Entfernung eines Knochenstückes bronchoskopisch von der Trachealfistel. Nach der Entfernung beschwerdefrei. Am folgenden Tage Tod des Patienten durch Selbstmord.

Über weitere bronchoskopische Fälle berichten Cohn, Henrici (zwei Knochensplitter in einem Bronchus), Pröbsting.

Keller, Köln: Zur Frage der rhinogenen Neuroretinitis retrobulbaris.

Zwei Fälle von Amblyopie bei Neuroretinitis, die sich, ohne dass eine nasale Herderkrankung bestand, durch Nasenbehandlung besserten. (Wird von anderer Seite ausführlich referiert.)

Diskussion: Hopmann I erinnert daran, dass er bereits vor 25 Jahren auf den Zusammenhang solcher Augenleiden mit Nasenerkrankungen hingewiesen hat.

Preysing berichtet über seine günstigen Erfahrungen bei einer Reihe retrobulbärer Amblyopien mit Nasenbehandlungen, häufig ohne dass eine ausgesprochene Herderkrankung vorliegt.

Des weiteren beschäftigt sich die Diskussion mit dem Zusammenhang von Augen- und Nasenleiden im allgemeinen. Die übrigen Vorträge betrafen otologische Themata. Kronenberg.

Berliner laryngologische Gesellschaft. Sitzung vom 23. IV. 1909.

1. Herr B. Fraenkel: Herr Alexander behauptete in der vorigen Sitzung, dass Ozänatöse keine Lues akquirieren. Ich habe seitdem darauf geachtet und in dieser kurzen Zeit zwei Fälle festgestellt, in denen Personen, die seit Kindheit an Ozäna litten, sich nachträglich mit Lues infizierten.

Herr Bruck beobachtete einen gleichen Fall.

2. Herr Rosenberg: Fall von Lupus laryngis mit Granulationen an Epiglottis und Taschenbändern. Die Schwester des Patienten leidet gleichfalls an Kehlkopflupus; beide sind mit Kühemelken beschäftigt, was möglicherweise in ätiologischer Beziehung bedeutsam ist.

3. Herr Bruck: Fall von Pharyngomycosis leptothricia aller vier Mandeln.

4. Derselbe: Speichelstein von Bohnengrösse, spontan aus der Sublingualis entleert.

5. Herr Klaus: Fall von eigentümlicher Stimmstörung im Zusammenhang mit akustischer Hyperästhesie. Patientin ist namentlich gegen den Klang der eigenen Stimme sehr empfindlich. Sie ist hochgradig heiser; das linke Taschenband überdeckt das Stimmband. Sobald man nun der Patientin die Ohren verschliesst, bessert sich die Stimme, und auch das linke Stimmband wird frei. Vortr. nimmt an, dass eine Art automatischer Schutzvorrichtung gegen den Stimmschall vorliegt. Zeitweise wurde Ödem der Ary-Knorpel beobachtet.

Diskussion: Herr Rosenberg.

6. Herr Levinstein: Anatomie der atrophischen und hyperplastischen Tonsille.

Vortr. hat normale, vergrösserte und atrophische Gaumenmandeln in Serienschnitten untersucht.

In jeder normalen Tonsille besteht das Gewebe grösstenteils aus Lymphfollikeln mit deutlichem Keimzentrum und Mitosen in letzterem. Bindegewebsstränge sind gut ausgebildet und deutlich erkennbar.

An atrophischen Tonsillen findet man die Follikel bis auf die Hälfte verkleinert, das Keimzentrum ist im Verhältnis zum Follikel kleiner

als normalerweise, Mitosen fehlen, statt der Lymphozyten finden sich z. T. Leukozyten. Später fehlt das Keimzentrum ganz, auch die Zahl der Follikel nimmt ab, und endlich verwischt sich die follikuläre Struktur unter relativer Zunahme des Bindegewebes.

An hyperplastischen Mandeln sind die Follikel vermehrt und stark vergrössert. Die Keimzentren sind, auch relativ, vergrössert, die Randzone kann zu einem schmalen Saum werden, bis stellenweise es zur Konfluenz zweier Keimzentren kommt. Diese färben sich besonders hell und enthalten zahlreiche Mitosen. Das Bindegewebe ist spärlich und nur bei „harter Hypertrophie" zu erkennen.

Diskussion: Herr A. Meyer macht auf einen Irrtum bei der Messung der Follikel aufmerksam.

Sitzung vom 21. V. 1909.

1. Herr Rosenberg stellt ein Ehepaar vor, dessen beide Teile luetische Verwachsungen zwischen Velum und Rachenwand sowie zwischen Zungengrund und Rachen aufweisen.

2. Herr Hoffmann demonstriert einen Phthisiker mit Dysphagie durch Erkrankung des Kehlkopfeingangs. Behandlung durch Stauung (18 Stunden täglich) bewirkte, dass Patient nach drei Tagen flüssige und weiche, nach elf Tagen auch feste Kost ohne Beschwerden geniessen konnte.

3. Herr Reimer: In die Nasenhöhle abberrierter Zahn. Durch Röntgenbilder illustriert.

4. Herr Scheier: 23jährige Patientin mit einseitiger, anscheinend nicht spezifischer Stimmbandinfiltration.

Diskussion: Herr Rosenberg hat eine grössere Zahl solcher einseitiger Infiltrationen gesehen und z. T. publiziert.

Herr B. Fraenkel tritt gleichfalls für die Existenz solcher Fälle ein, betont aber, dass sie eine grosse Ausnahme bilden, und dass man erst Karzinom, Tuberkulose und Lues ausschliessen muss, ehe man eine einseitige Affektion als gutartig anerkennt.

Herr Alexander: Eine Patientin, die ich vor zwei Jahren an einseitiger entzündlicher Stimmbandaffektion behandelte, sah ich jetzt mit Sängerknötchen am gleichen Stimmband wieder.

5. Herr Finder: Konkrement in der Fossa supratonsillaris. Der Fall beweist, dass ein Teil der Mandelsteine nicht in den Krypten, sondern in der Fossa sich bildet.

6. Herr Halle: Patient mit ausgedehnter Tuberkulose des Rachens und Kehlkopfes, entstanden in kurzer Zeit im Anschluss an eine akute Angina. An der Lunge ist kein Befund zu erheben.

Diskussion: Herr B. Fraenkel: Ich bin schon für die primäre Larynxtuberkulose eingetreten, als noch allgemein an ihrem Vorkommen gezweifelt wurde.

Herr Sturmann: Wenn zu einer Larynxtuberkulose solche des Rachens hinzutritt, so ist das vielleicht als Beginn der allgemeinen Miliartuberkulose aufzufassen. Solche Fälle verlaufen schnell letal.

Herr B. Fraenkel und Herr Rosenberg berichten, dass sie Fälle von Pharynxtuberkulose sehr langsam verlaufen und selbst heilen gesehen haben.

7. Herr Scheier: Zur Physiologie der Stimme und Sprache.

Die Röntgenstrahlen haben auf diesem Gebiet wesentlich gefördert. Schirmdurchleuchtung quer durch Hals und Kopf erlaubt die Betrachtung der sich bewegenden Weichteile der Mundgegend, während diese

in der Ruhe nicht so gut erkennbar sind. Jedoch kann man bei Profilbetrachtung die medialen und lateralen Partien (der Zunge und des Gaumenbogens) nicht auseinanderhalten, daher macht die Röntgen-Untersuchung die graphischen Methoden nicht überflüssig. Die Röntgen-Photographie scheiterte früher an der notwendigen langen Expositionszeit, da die Stimmorgane nicht lange genug unbeweglich gehalten werden konnten. Daher waren Summationsaufnahmen erforderlich. Mit dem „Grissonator" bei stärkerer Belastung der Röhren gelingt es jetzt, „Schnellaufnahmen" in ca. 1 Sek. zu machen. Die vom Vortr. gezeigten Aufnahmen sind sehr schön und scharf, man sieht die Grenzen der Weichteile sowie den Pharynx- und Larynxraum deutlich.

Mustert man nun die Stellungen bei verschiedenen Vokalen, so ist es auffallend, wie sehr die Resultate der klassischen Physiologen, die meist auf Selbstbeobachtung, erst später auf graphischer Untersuchung beruhten, mit den Röntgenbildern übereinstimmen. Der Kehlkopf verändert bei nicht stimmlich Geschulten seine Stellung stark bei verschiedenen Vokalen, bei disziplinierten Sängern sehr wenig. Sein Verhalten bei wechselnder Tonhöhe war individuell sehr verschieden. Arthur Meyer.

Verein deutscher Ärzte in Prag am 30. April 1909.

Prof. L. Harmer: Indikationen bei Behandlung der Stirnhöhleneiterungen.

Seit dem Bekanntwerden der Killianschen Radikaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterung hat sich in den Anschauungen der Rhinologen eine Wandlung vollzogen und mit der Zunahme der Anhänger des Killianschen Verfahrens wächst auch die Zahl derjenigen, welche dieses Verfahren in der Mehrzahl der Fälle, selbst in akuten, angewendet wissen wollen; es ist daher an der Zeit, die Frage aufzurollen, ob denn durch die Killiansche Operation die anderen Behandlungsmethoden in den Hintergrund gedrängt worden sind.

Infolge der variablen Verhältnisse der Stirnhöhle, sowohl was Grösse und Form, als was Beschaffenheit der Schleimhautauskleidung und des Ausführungsganges betrifft, ist es keineswegs leicht, in jedem einzelnen Falle die geeignetste Behandlungsmethode zu finden, doch ist es durchaus nicht zu rechtfertigen, wenn man ohne zwingende Gründe zu einem radikalen Mittel greift. Tatsächlich heilen viele Erkrankungen entweder spontan oder durch eine konservative endonasale Behandlung, endlich auch durch einfache Trepanation aus. Bei akuten Eiterungen genügt eine konservative Behandlung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, aber selbst bei schweren Komplikationen soll man höchstens eine Trepanation, aber keine Radikaloperation ausführen. Auch bei chronischen Eiterungen muss im Prinzip der konservative Standpunkt soviel wie möglich gewahrt bleiben. Nur solche Fälle erfordern unbedingt eine radikale Behandlung, welche mit konservativen Methoden nicht zur Heilung kommen oder infolge schwerer Komplikationen, Fistelbildung, abnormer Grösse der Höhle, hochgradiger Veränderungen der Schleimhaut etc. keinen anderen Ausweg lassen.

Die Killiansche Operation bedeutet einen grossen Fortschritt und speziell unter den Radikaloperationen gebührt ihr unstreitig der erste Rang; doch kann eine plan- und kritiklose Anwendung derselben nur Schaden stiften. Wenn man schon von der Schwere des Eingriffes, dem man die Kranken doch nicht unnötigerweise aussetzen soll oder von der Dauer der Nachbehandlung absieht, so darf man doch nicht übersehen, dass durch die fast unausbleibliche und zuweilen sehr beträchtliche Entstellung dem Kranken ein schwerer Schaden erwächst. Kann und darf man ohne zwingende Gründe diese Verantwortung übernehmen?

Gewiss ist der Weg der konservativen Behandlung der langwierigere und mühevollere, auch führt er nicht immer und überall zum gewünschten Ziel,

aber dessen ungeachtet ist es der einzig richtige Weg; wer daran festhält, wird die Zahl der Radikaloperationen wesentlich einschränken können und darin grössere Befriedigung finden als in einer stattlichen Anzahl von Heilungen, die ausschliesslich durch Radikaloperationen erzielt wurden. Autoreferat.

Société francaise d'oto-rhino-laryngologie Paris, Mai 1909.

George Laurens, Paris: Behandlung des Kehlkopfkrebses durch Fulguration.

Der Verfasser legt kurz den gegenwärtigen Stand der Fulguration dar und ihre Beziehung zu zwei Fällen von endolaryngealem Krebs, welche er nach diesem Verfahren behandeln konnte. Über die Beobachtungen bei beiden Kranken ist bereits früher und ausführlich berichtet worden. Ohne mit seinem Urteil der Zukunft vorzugreifen und ohne eine optimistische Prognose stellen zu wollen, berichtet Laurens nur, dass die beiden Operierten — bei denen die Fulguration vor zwei Monaten ausgeführt wurde — gegenwärtig am Leben sind, sich wohl befinden ohne die geringste Spur eines lokalen Rezidivs, ihre Berufsbeschäftigung wieder aufgenommen und eine angemessene Stimme haben; der eine von ihnen kann sogar den ganzen Tag über sprechen.

Er stellte eine Lähmung des Musculus inter-arytenoideus bei einem der Operierten fest, welche zwei Monate dauerte und nach Behandlung mit Strychnin vollständig gewichen ist.

Diese zwei Fälle auf gut umschriebene Neoplasmen angewandter Fulguration können also — in gewissen Grenzen — zur Anwendung dieser neuen Form operativer Behandlung des Kehlkopfkrebses ermutigen, da die unmittelbaren Erfolge zufriedenstellend sind.

Guisez: Tracheo-Bronchoskopisches.

Der Verfasser berichtet zuerst über Fremdkörper der Speiseröhre, welche er im Laufe dieses Monats beobachtet und entfernt hat. Zwei waren kompliziert durch gangröse Abszesse an der Wand der Speiseröhre. Nach Entfernung des Fremdkörpers und nach Reinigung des abszedierenden Sackes trat jedoch Heilung ein. In einem anderen Falle handelte es sich um ein Gebiss und eine grosse Spielmarke von $3^1/_2$ cm im Durchmesser, welche der Verfasser vom mittleren Teile der Speiseröhre entfernt hat. Die direkte Laryngoskopie hat bestimmte Indikationen zur Heilung bei Polypen des Larynx. Wenn diese subglottisch sind und ganz im vordersten Teile des Larynx sitzen, wo es sehr schwer ist, sie zu erreichen, ohne die Stimmbänder zu verletzen, wenn man sie durch indirekte Laryngoskopie operiert. Bei direkter Laryngoskopie dagegen dient die Spatel, als Ablenker, schützt die Stimmbänder und ermöglicht es, direkt an die Geschwulst zu kommen.

Guisez hat auf diese Weise mehrere Polypen des Larynx entfernen können, welche mit dem Spiegel nicht bemerkt wurden und einen sub-glottischen Polypen, für welchen die Thyrotomie in Vorschlag gebracht war.

Bei Kindern, wo der Spiegel unmöglich ist, bleibt die Untersuchung mittelst der Spatel für Inspektion und Operation das einzig Anwendbare.

Derselbe: Eine nach Form und Typus anormale Narbenbildung.

In zwei Fällen war die Ursache ein vor sechs resp. zehn Jahren verschluckter Fremdkörper; dieser hatte eine septische Wunde verursacht und in der Folge eine narbige Verengerung.

Zwei andere ergaben durch das Alter der Personen, denen sie anhafteten, ganz anormale Fälle. Bei dem einen Falle handelte es sich um ein Kind von 20 Monaten, dem jüngsten Patienten, den wir je ösophagoskopiert und beim anderen um eine Kranke von 60 Jahren. Diese zwei Kranken hatten Lösung von Ätzkali verschluckt. Im letzten Falle ging die Krankheit bis in die früheste Kindheit zurück, und obgleich die Kranke leichte Störungen beim Schlucken gefühlt hatte, so haben sich doch die Erscheinungen der Stenose erst im Alter,

das heisst 50 Jahre nach der Erkrankung, gezeigt. Vier andere Fälle waren Folgen von einfachen Geschwüren des Ösophagus, von denen drei das Ansehen von Krebs des Ösophagus hatten. Alle konnten unter Ösophagoskopie erweitert und zu einer normalen Grösse reduziert werden.

Rivière, Lyon: Akute Form der Sinusitis.

Gewisse Formen akuter Sinusitis werden vernachlässigt, weil sie vom Rhinologen nicht gesehen werden und dank ihres besonderen Charakters dem behandelnden Arzte leicht entgehen.

Vom prognostischen sowie therapeutischen Gesichtspunkte aus wäre es von Wichtigkeit, dass dieses nicht der Fall wäre. Der Verfasser berichtet über zwei äusserst ernste Fälle von Stimmhöhlenentzündung, welche bei Personen auftraten, die infolge starker lokaler Erkältung seit langer Zeit an chronischer Sinusitis litten.

Die scheinbare meningeale Reizung liess eine schlimme Prognose stellen, obgleich alles sich beruhigte, sobald die Congestion a frigore verschwunden war und Entleerung durch die Nase sich wieder einstellte. Akute Sinusitis tritt auch sehr häufig infolge von Grippe auf, das sind übrigens mehr spezialisierte Formen, die Brindel erwähnt. Rivière glaubt, dass nach den gewöhnlichen Epidemien der Grippe eine Infektion des Sinus fast zur Regel wird, und das erklärt den verschiedenen Grad der Stärke der Infektion, die Kopfschmerzen, die Länge der Konvaleszenz und die Rückfälle, weil die Infektion lange in den Nebenhöhlen versteckt bleibt.

Als Symptome betont Rivière besonders das Ödem des Zäpfchens und Gaumensegels und die Eiterbildung im Rhinopharynx.

Was die Prognose anbelangt, so soll man sich nicht durch scheinbaren Ernst der Symptome in Schrecken versetzen lassen, aber doch die Möglichkeit einer Erkrankung des Gehirns im Auge behalten.

Als spezielle Therapie kommen in Betracht: starke heisse Spülungen des Pharynx, den Kopf und Hals mit Wolle verbinden und Adrenalisierung der Nasenhöhle.

Jacques, Nancy: Streptokokken-Geschwüre des Gaumensegels.

Die bakteriologische Untersuchung des in Frage kommenden Geschwürs ergab Reinkultur eines Kapselkokkus, welche Klava unter dem Namen Leuconostoc hominis beschrieben hat und welchem er — er hat ihn an verschiedenen Stellen des Verdauungskanals gefunden — glaubt die Eigenschaft des zufälligen Krankheitserregers zuschreiben zu müssen.

F. Chavanne, Lyon: Tuberkulöse Tumoren der Nasenhöhle.

A. Thooris, Paris: Einige Betrachtungen über die Zwerchfellatmung auf Grund graphischer und radioskopischer Untersuchungen.

F. Furet, Paris: Sarkom der Nasenhöhle. Operation nach Moure.

Der Verfasser berichtet über einen Fall einer Frau von 38 Jahren, welche seit zwei Jahren über näselnde Sprache, Mangel an Geruchssinn und Obstruktion der Nase klagte, ohne jede sonstige Störung des Allgemeinzustandes, und deren linke Nasenhöhle durch ein grosses Sarkom ausgefüllt war, welches die ganze Höhe der Höhlung einnahm. Da die Entfernung durch die natürlichen Wege unmöglich war, wandte Furet das Verfahren von Moure an, das ihm eine leichte und totale Entfernung des Tumors, ohne eine unangenehme Verunstaltung zu hinterlassen, ermöglichte.

G. Mahu, Paris: Einige Fälle radikaler Heilung der chronischen Sinusitis maxillaris durch die Nasenwege.

Der Verfasser berichtet über 5 Fälle von Sinusitis maxillaris, welche ausschliesslich durch den endonasalen Weg nach dem einfachen Verfahren operiert wurden, welches in der „Presse Médicale" vom 12. Februar beschrieben wurde und das — nach totaler oder partieller Resektion der unteren Muschel: 1. in weiter Trepanation der sino-nasalen Wand mit Hilfe der Trepanationsschere, bestand. 2. Im Kuretieren der Höhle mit Küretten mit langen Stielen, die biegsam sind.

Mahu weist auf zwei Punkte hin, welches auch das zur Heilung der chronischen Sinusitis maxillaris angewandte Verfahren sei: 1. Notwendigkeit, eine sinuso-nasale Verbindung von hinreichender Weite zu schaffen, damit sie permanent bleibe: 2. ist eine vollständige Kürettage der eiternden Höhle von Wichtigkeit.

E. J. Moure, Bordeaux: Fremdkörper der Speiseröhre. Ösophagoskopie.

Die Zahl der durch Ösophagoskopie aus dem Ösophagus entfernten Fremdkörper vermehrt sich von Tag zu Tag und in allen Ländern gibt es viele Operateure, die ihrer Wirksamkeit eine gewisse Zahl von Extraktionen dieser Art, mit Hilfe des Kokains oder des Chloroforms ausgeführt, zuschreiben. Trotz der unzweifelhaften Vorteile dieser Methode gibt es doch in der Praxis Fälle, wo sie nicht anwendbar ist und ich selbst hatte bereits zweimal Gelegenheit, die Ösophagoskopie sein zu lassen und den Kirmissonschen Haken anzuwenden. Es handelte sich um ein, bei einem kleinen Kinde im Ösophagus eingeschlossenes Sou-Stück, mit Reizung infolge früherer Versuche es zu entfernen.

In einem zweiten, späteren Falle bestand der Fremdkörper in einem Anker aus Metall von gewöhnlicher Form, an dessen Spitze sich — perpendikulär zur Achse des Ankers — ein eiserner Stiel mit scharfer Spitze befand, welcher den Fremdkörper so fest an die Wand des Ösophagus hakte, dass jeder Versuch mit dem Ösophagoskop vollständig nutzlos und selbst gefährlich war.

Das Kind, $3^1/_2$ Jahre alt, wurde zweimal chloroformiert und trotz dieser zwei Versuche war es unmöglich, den Fremdkörper zu erfassen. Selbst wenn man ihn gefasst hätte, so wäre es doch nicht möglich gewesen, ihn zu entfernen, so fest sass er an der Wand des Ösophagus, welche durch diesen Fremdkörper — der sich seit drei Wochen in der Speiseröhre befand — zum Teil zerrissen war. Man musste also notgedrungen die äussere Ösophagotomie anwenden, welche deutlich die Schwierigkeit der Entfernung dieses Fremdkörpers zeigte, obgleich man direkt an demselben war.

Die operativen Folgen waren die allereinfachsten und das Kind wurde ganz gesund, ohne seitdem die geringste Störung beim Schlucken empfunden zu haben.

Die Operation datiert bereits um mehrere, ungefähr 8 Monate zurück.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft ist es nicht unwichtig, Fälle dieser Art mitzuteilen, nicht um die Unnötigkeit der Ösophagoskopie zu zeigen, der man in den meisten Fällen immer den Vorzug geben muss, sondern um festzustellen, dass die äussere Ösophagotomie auch angezeigt sein kann.

A. R. Salamo, Paris.

XVI. Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen. 30.—31. Mai 1909 zu Freiburg i. Breisgau[1]).

Vorsitz: Prof. Dr. Denker-Erlangen.

Bericht, erstattet von Dr. F. Blumenfeld, Wiesbaden, Schriftführer des Vereins.

Aus der Geschäftssitzung sei hervorgehoben, dass der Verein durch satzungsmässige Majorität folgenden Antrag des Vorstandes auf Satzungsänderung beschloss:

„§ 3 der Statuten lautet: Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

[1]) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag) Würzburg.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus; an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

In den Vorstand des Vereins wurden gewählt:

Herr Jurasz als I. Vorsitzender,
Herr Killian als II. Vorsitzender,
Herr Fischenich, Hansberg, Seifert und Siebenmann als Beisitzer,
Herr Neugass als Kassenführer,
Herr Blumenfeld als Schriftführer.

Als Ort der nächsten Tagung, die am Donnerstag vor Pfingsten 1910 stattfinden soll, wurde Leipzig gewählt.

Herr H. Horn, Bonn: Die Behandlung operierter Nebenhöhlen.

Auf Grund des Erfolges von 24 Stirn- und Siebbein-Operationen, die im wesentlichen nach der Killianschen Methode ausgeführt wurden, empfiehlt Horn das Prinzip des negativen Druckes anzuwenden, um dadurch von dem Zeitpunkt der Entfernung des Tampons bis zur vollständigen Heilung eine vollständige und absolute Drainage zu erzielen. Er glaubt, diesen Erfolg allerdings nur dann erwarten zu dürfen, wenn 1. durch vorhergehende Eingriffe alle Polypen, Bullae, leicht zugängliche vordere Siebbeinzellen und Eiterungen anderer Höhlen beseitigt sind. 2. Wenn die Operation absolut radikal ausgeführt ist, so dass nicht eine einzige erkrankte Siebbeinzelle oder verdickte Stirnhöhlenschleimhaut zurückbleibt. 3. Wenn durch wiederholtes tägliches Absaugen mit einer dem betr. Fall angepassten Druckhöhe das Operationsgebiet von Anfang bis zum Ende von dem Sekret freigehalten wird. Nach Horns Ansicht hat die Saugbehandlung eine verzögernde Einwirkung auf die Tendenz der Drainageöffnung, sich zu verkleinern. Misserfolge traten besonders dann ein, wenn eine Ozäna mit Nebenhöhlenkrankheiten kombiniert sich vorfindet. In diesen Fällen zieht sich die Nachbehandlung von Woche zu Woche hin und es wird Sekret gewöhnlich am Nasenboden gefunden, dessen Ursprung schwer zu bestimmen ist. Durch Abschluss der in Betracht kommenden anderen Nebenhöhlen sowie durch Bepulvern der Nasenschleimhaut mit Aristol ist es möglich festzustellen, ob es sich auf der Nasenschleimhaut selbst oder in einer der Nebenhöhlen bildet. Die künstliche Drainage der Nebenhöhle durch Ansaugen bietet nach Ansicht des Autors einen bedeutenden Vorteil in der Behandlung dieser Krankheiten.

Herr A. Schoenemann, Bern: Demonstration neuer Nasenspekula.

Bei dem Cramerschen resp. Killianschen Nasenspekulum haben sich gewisse Übelstände gezeigt, denen durch eine Sperrvorrichtung und durch kurze Griffe am linken Spekulumlöffel begegnet werden soll. Der sehr einfache Gebrauch des Spekulums ist folgendermassen: Einführung des geschlossenen Nasenlöffels, Öffnen und Feststellen derselben, weitere Handhabung des selbständig geöffnet bleibenden Instrumentes während der Operation vermittelst der beiden seitlichen Löffelgriffe. Die Instrumente werden fabriziert bei Schärrer A.-G., Bern.

Derselbe: Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ozäna.

Schoenemann hatte früher die Vermutung geäussert, dass die Ozäna eine dem Ekzem und seinen Folgen durchaus an die Seite zu stellende Nasenschleimhaut-Erkrankung darstelle. Weitere Beobachtungen haben ergeben, dass zwar Ozänakranke nicht selten gleichzeitig an Ekzem der äusseren Haut litten, doch kann von einem gesetzmässigen Zusammentreffen auf Grund der Beobachtung von etwa 50 Ozänafällen nicht die Rede sein. Hingegen scheint die interne oder besser noch die subkutane Anwendung des Arsens in möglichst grossen Dosen zweifellos einen günstigen Einfluss auf die andauernde Besserung der Ozäna auszuüben. Allerdings kann dabei die lokale Behandlung nicht entbehrt werden. Bei zwei Fällen stellte ferner Schoenemann bei

Kranken, die mit Ozäna behaftet waren, die irrtümliche Diagnose auf eine Kieferhöhleneiterung. Nach breiter Eröffnung von der Fossa canina aus stellte sich zwar die Diagnose als falsch heraus, doch nahm von da an die Ozäna einen sichtlich milderen, zur Heilung tendierenden Charakter an. Sollte sich eine solche breitere Eröffnung des Sinus maxillaris bei genuiner, d. h. nicht durch Sinusitis komplizierter Ozäna bewähren, so wäre der Vorschlag, die Therapie dieser Krankheit mit breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Nase aus zu beginnen, wohl gerechtfertigt.

Diskussion: Herren Polatschek, Winckler, Wassermann, Möller.

Herr Winckler, Bremen: Über einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterungen.

Zerstörungen der Kieferwände durch relativ gutartige Affektionen der Highmorshöhle konstatierte Winckler in den letzten Jahren 1. bei einem dentalen chronischen Empyem, 2. bei einer Zahnzyste, 3. bei einer Cholesteatombildung in der Kieferhöhle.

1. Fall: 19 jähriger Patient, der seit zwei Jahren an einer Fistel zwischen den beiden linken oberen Schneidezähnen leidet, die fortdauernd zahnärztliche Behandlung nötig macht. Links von der Raphe des Gaumens hängt die Schleimhaut des Gaumens sackförmig in den Mund herein. Bei Durchleuchtung zeigt sich der linke Oberkiefer dunkel, während der rechte gut lichtdurchgängig war. Inzision des Abszesses am Gaumen brachte keine Heilung. Es ergab sich vielmehr bei weiterer Untersuchung eine Abszesshöhle, in der die Wurzel beider Schneidezähne sowie die Innenseite des Eckzahnes, umgeben von Granulationen, frei lag. Extraktion der Schneidezähne, Auslöffelung der Granulationen. Oberhalb der Abszesshöhle wird die verdickte Mukosa der Highmorshöhle sichtbar. Die Knochenplatte des Gaumens war bis über die Mitte hinaus zerstört. Abbrechen der Operation infolge Störung der Narkose. Später Schnitt in die verdickte Kieferhöhlenschleimhaut, Entleerung dickschleimiger eiteriger Flüssigkeit, breite Freilegung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, Entfernung der Kieferhöhlenschleimhaut, soweit sie der Abszesshöhle anlag, Abtragung der lateralen Nasenwand unterhalb der Nasenmuschel und eines Stückes des knöchernen Nasenbodens unter sorgfältiger Schonung der Schleimhaut. Spaltung der Nasenschleimhaut dicht unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel, Bildung eines Schleimhautlappens, der nach unten geschlagen wurde, damit er mit dem Periostüberzug des zerstörten Gaumengewölbes verwachse.

Nach sorgfältiger Versorgung der Wunde schnelle Heilung.

2. Fall: 10 jähriger Knabe. Vorderfläche der rechten Wange durch einen kindsfaustgrossen Tumor vorgetrieben. Punktion des Tumors ergab eine gelblich-rote, trübe, mit zahlreichen Flocken vermischte seröse Flüssigkeit, die keimfrei war, und mikroskopisch neben zahlreichen Cholestearinkristallen rote Blutkörperchen, Leukozyten und Epithel aufwiesen. Breite Spaltung über der Vorwölbung im Munde. Ablösung des Periost nach oben und unten, worauf die enorm vorgetriebene faziale Antrumwand bis an die Infraorbitalwand frei präpariert wurde, ebenso ausgedehnte Abtragung der fazialen Antrumswand mit Schonung der unter ihr befindlichen schwappenden Geschwulst. Die grosse Zyste, die in der Gegend der Backenzähne dem Boden fest aufsitzt, sich im übrigen leicht von der Kieferhöhlenschleimhaut ablöst, wird heraus präpariert. Heilung in drei Wochen. Kontrolliert nach einem Jahr.

3. Fall: 28 Jahre alter Arbeiter mit Klagen über Eiterung aus der rechten Nasenhöhle und einer anscheinend periostalen Anschwellung über dem rechten Oberkiefer, die sich angeblich in den letzten zwei Tagen unter Schmerzen entwickelt hatte. Tränen des rechten Auges, Conjunctiva bulbi und palpebralis gerötet, Schwellung des unteren Lides, eingedickter Eiter in rechter Nase. Bei der Operation von der Fossa canina aus übelriechender Eiter. Nach Reinigung der Höhle findet sie sich mit weissen etwas glänzenden Massen

angefüllt, die sich besonders im lateralen Antrumswinkel und hinter dem Jochbein zu einem grösseren Tumor angehäuft hatten. Ihre Entfernung mit dem scharfen Löffel ist besonders in der Jochbeinbucht schwierig, so dass der untere Rand des Jochbeins abgetragen werden musste. Eine Zahnwurzelerkrankung am Boden des Antrum Highmori wurde vermisst. Weite Eröffnung der lateralen Nasenwand. Bisher keine Anzeichen von Rezidiv.

Herr Marx, Heidelberg: Ätiologisch interessanter Halsabszess.

68 jähriger Patient, der seit drei Wochen über Schmerzen hinter dem rechten Ohr klagte. Eine reichlich Eiter entleerende Fistel etwa vor der Mitte des Processus mastoideus. Die Umgebung derselben gerötet und etwas infiltriert. Bei Sondenuntersuchung keine rauhen Knochen. Ausserdem rechts komplette Fazialislähmung. Trommelfell blass. Bei Operation mittelst Weichteilschnittes durch die Fistel. Processus normal. Die Zellen desselben normal. Ein Fistelgang führt in einen grösseren Hohlraum, der etwas medial vom Processus styloideus gelegen ist. In dieser Höhle dicker Eiter mit zwei in Granulationsgewebe eingebetteten Ährengrannen. Ausräumung des Inhalts. Heilung. Fazialislähmung besteht fort. Die Anamnese ergab späterhin, dass es sich in diesem Falle um die Durchwanderung eines Fremdkörpers vom Pharynx nach aussen zum Processus styloideus handelte.

Herr Rud. Hoffmann, München: Alkoholinjektion des Nervus laryngeus superior.

Angeregt durch die Erfolge Schlössers mit Alkoholinjektionen bei Neuralgie hat Hoffmann diese Injektionen bei Schluckschmerzen der Kehlkopf-Tuberkulösen angewendet, nachdem schon früher Braun und Valentin Kokainlösung zur Erzielung einer vorübergehenden Anästhesie bei kurz dauernden Operationen angewendet hatten. Patient wird horizontal gelagert, mit dem Daumen der linken Hand die gesunde Larynxhälfte medianwärts gedrängt, damit die kranke Hälfte des Kehlkopfgerüstes deutlich prominiert. Der Zeigefinger geht in dem Raum zwischen Schildknorpel und Zungenbein nach aussen, bis der Patient die schmerzende Stelle als getroffen meldet. Man hält nun den Nagel des Zeigefingers auf der sorgfältig desinfizierten Haut so fixiert, dass die Eintrittsstelle für die Nadel gerade vor seiner Mitte liegt. Hoffmann geht $1^1/_2$ cm tief senkrecht zur Körperoberfläche ein. Die Nadel wird vorsichtig bewegt, bis der Patient angibt, dass er Schmerz im Ohr empfindet. Injektion 45° warmen 85%igen Alkohols. Entfernung der Nadel, Kollodiumverband. Üble Zufälle sind nicht bemerkt, doch bedarf es einer eigenen nach Schlössers Muster angefertigten Spritze. Der Patient ist sofort nach der Injektion imstande, feste Speisen ohne Beschwerden zu sich zu nehmen. Die Dauer der Analgesie ist verschieden. Sie schwankt zwischen 6 und 40 Tagen. Hoffmann hält das Verfahren für sehr empfehlenswert.

Diskussion: Herr Avellis. Avellis hat, da ihn die Resultate der Alkoholinjektion nicht vollkommen befriedigten, bei einem Fall von sehr schwerer Phthise mit geringem Lungenbefund den N. lar. sup. in einem Zwischenraum von 9 Tagen beiderseits reseziert. Das gelang ohne Schwierigkeit, da durch den mageren Hals des Kranken die Arterie leicht durchzufühlen war. Avellis teilt dann seine Erfahrungen über Alkoholinjektion bei supraorbitaler Neuralgie mit. Auch hier war der Dauererfolg nicht immer befriedigend, so dass Avellis zur Resektion des N. supra orb. schreiten musste.

Herr Kahler, Wien: Zur Kasuistik der primären Tracheal-Karzinome.

Kahler berichtet über zwei Fälle. Der erste Fall betrifft 61 jährigen Schlosser, der 1907 bereits von v. Schroetter tracheoskopiert und mit Hilfe eines gefensterten Rohres, welches die Geschwulst für die Operation fixierte, operiert war. Die entfernten Stückchen ergaben Zylinder-Zellen-Karzinom. Erneute Atemnot führte den Kranken der Klinik wieder zu, wo sich ein das Lumen der Trachea fast verschliessender, höckeriger, grau-rötlicher

Tumor fand, der scheinbar breitbasig aufsitzt. Bei Berührung der Pinzette ergab es sich, dass der Tumor nicht so breitbasig aufsass, wie es zuerst den Anschein hatte. Es wurde deshalb der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, nachdem er durch eine gleichzeitig eingeführte Hakenpinzette in diese hinein und zugleich vor der Aspiration in den Bronchus bewahrt war. Die Entfernung eines Stückes von über 2 cm Länge, 1,5 cm Breite und 1 cm Dicke gelang leicht. Blutung gleich Null. Nach 6 Tagen Entfernung eines beträchtlichen zurückgebliebenen Stückes. Entfernung der Reste des Tumors mit Landgrafscher Doppelkürette und gründliche Verschorfung des Grundes mit dem Flachbrenner. Bis heute Heilung.

2. Fall. 52 jährige Taglöhnersgattin, bei der 1897 schon ein am vierten Trachealring sitzender breitbasiger Tumor entfernt war, unter Leitung des Larynxspiegels. Da es sich um ein Rezidiv handelte, schlug man bei der späteren Aufnahme der Patientin die Tracheofissur vor, die angesichts des hohen Sitzes der Geschwulst aussichtsvoll gewesen wäre. Ablehnung der Operation. Der Versuch, die breitbasige Geschwulst mit der Schlinge abzutragen, misslang zunächst, darauf heftiger suffokatorischer Anfall. Entfernung der Tumormassen durch Röhrenspatel. Die ziemlich heftige Blutung durch Kauter gestillt. Patientin verlässt das Spital bei vollkommenem Wohlbefinden. Folgt Bericht über das histologische Bild der Tumoren.

Herr Frers, Hamburg: Studien über die postembryonale Entwickelung der Nebenhöhlen der Nase.

Nachdem Killian die embryonale Entwickelung der Nebenhöhlen um einen grossen Schritt weiter gebracht hat, glaubt Frers versuchen zu sollen, die postembryonale Entwickelung der Nebenhöhlen einer Betrachtung zu unterziehen und sucht für deren Entstehung eine Erklärung. Er findet dieselbe unter anderem in einem rein physikalischen Faktor, nämlich in den Druckschwankungen in der Nase, vor allem durch den Exspirationsdruck. Für diese Theorie spricht 1. der Umstand, dass das Hauptwachstum der Nebenhöhlen einsetzt nach der Berührung mit dem Luftdruck und dessen Schwankungen. Bei der Geburt sind nur Anlagen vorhanden. 2. Die Beobachtung, dass nach Naturgesetz Organe, welche keine Funktion mehr haben, schrumpfen, sich zurückbilden. 3. Glaubt Frers für seine Annahme die Ähnlichkeit verwerten zu sollen, welche die ausgebildeten Nebenhöhlen in der Form mit wirklich durch Luftdruck (Exspirationsdruck) entstandenen Hohlräumen, z. B. den Lungen, haben. 5. Spricht dafür die Richtung des In- und Exspirationsstromes und die anatomischen Verhältnisse, welche er nach der Geburt vorfindet. 6. Auch die Auskleidung der Nebenhöhlen kann für eine derartige Entstehung sprechen. Ferner sprechen klinische und pathologische Beobachtungen für die Annahme, dass die Luftdruckschwankung bei der Bildung der Nebenhöhle eine bedeutende Wirkung ausüben kann. Alle diese verschiedenen Punkte werden weiter ausgeführt, eignen sich aber nicht zum kurzen Referat.

Diskussion: Herr Schoenemann. Schoenemann führt die Bildung der pneumatischen Nebenhöhlen zunächst auf das Einwachsen mehr oder weniger solider Epithelzapfen in die Tiefe zurück. Sie differenzieren sich später zu einem lufthaltigen Sack. Er glaubt, dass der Entwickelungsmodus der pneumatischen Gesichtshöhlen prinzipiell nicht unter einem anderen Gesichtspunkt zu betrachten ist, als die Pneumatisation der übrigen Knochen, speziell derjenigen des Felsenbeines, bei welchem eine unmittelbare Folge des Respirationsdruckes nicht in Frage kommen kann.

Herr Killian weist darauf hin, dass diese schwierige Frage nur auf Grund eigener Untersuchungen und des Beherrschens der Literatur gelöst werden könne. Die Ausbildung der tierischen und menschlichen Körperformen wird in erster Linie von den Gesetzen der Phylogenese und Ontogenese beherrscht. Die Luftdruckeinwirkungen können kaum formativen Wert be-

sitzen. Eine grosse Reihe von Beispielen aus der Tierwelt zeigen, dass es Nebenhöhlen gibt, bei denen die Einwirkung des Luftdruckes von vornherein ausgeschlossen ist.

Herr Mann, Dresden: Demonstration von Moulagen, die nach Spiegelbild des Nasenrachenraumes angefertigt sind.

Im Verlaufe seiner früheren Arbeiten über das Bild des Nasenrachenraumes zeigt Vortragender ausserordentlich instruktive Moulagen, die er im Verein mit einem Künstler angefertigt hat.

Derselbe: Demonstration von Bildern und Photographien nach Sektionsbefunden bei solchen Fällen, die in vivo tracheobronchoskopiert waren.

Fall 1: Mann in den 50er Jahren mit seit Monaten znehmenden Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Atemnot. Klinischer Befund: Mässige Struma, doppelseitige Rekurrenslähmung, in- und exspiratorischer Stridor. Tracheoskopie: Direkt unterhalb der Glottis leicht höckeriger Tumor, von der Hinterwand ausgehend, der noch einen schmalen Spalt frei lässt. Diagnose: Maligner Tumor, der in Trachea und Ösophagus gleichzeitig hineingewachsen ist. Sektion ergab grosses Sarkom, das von der Struma zwischen Luft- und Speiseröhre hineinwuchs.

Fall 2: 60 jährige Frau. Kachexie seit 3 Wochen, Knoten an linker Halsseite, Erstickungsanfälle. Klinischer Befund: Eiteriger Auswurf ohne Bazillen. In der Gegend der Schilddrüse harter Knoten. Alte luetische Narbe am weichen Gaumen. Linke Spitze suspekt. Tracheoskopischer Befund: Dicht unterhalb der Glottis linke Trachealwand weit ins Lumen vorspringend, tief hinabreichend. Entzündungserscheinungen der ganzen Schleimhaut. Im rechten Bronchus derselbe Befund, links nicht einstellbar. Diagnose: Tertiäre Lues, Gumma am Hals in der Trachea und Lunge. Sektion: Alte Lungentuberkulose, in linker Spitze abgeschlossene Kaverne, grosse substernale Struma, die die Trachealstenose bewirkt.

Fall 3: 30 jähriger Mann. Klinischer Befund: Stridor, mittelgrosse Struma. Einziehung der Supraklavikulargruben, Lungenemphysem, 2. Pulmonalton verstärkt. Röntgenbefund: starke Verbreiterung des Aortenschattens, Wassermann positiv. Tracheoskopischer Befund: Trachea auffallend weit. Bei weiterem Vorgehen verschwindet in der Gegend der Bifurkation das Lumen total. Untersuchung aufgegeben. Diagnose: Aneurysma arcus aortae. Sektion bestätigt dieselbe.

Fall 4: 48 Jahre alte Frau. Husten, Atemnot, Schluckschmerzen, Zurückkommen genossener Speisen, Blutbrechen. Tracheoskopischer Befund: 20 cm oberhalb der zu erwartenden Bifurkation unregelmässiger Tumor von der Hinterwand ausgehend. Blick in die Tiefe unmöglich. Ösophagoskopischer Befund: In 24 cm Tiefe an der Vorderwand ulzerierter Tumor. Diagnose: Kleines Ösophaguskarzinom, das von der vorderen Wand der Speiseröhre in die Trachea hineingewuchert war. Exitus unter Fieber. Pleuraerscheinungen. Sektion ergab den in die Trachea und die Hauptbronchien hineingewucherten Tumor. Perforation des rechten Hauptbronchus, eiterige Pneumonie im rechten Unterlappen.

Fall 5: 56 jährige Dame. Befund: Auffallende Verbreiterung des Sporns der Trachea. Weiter in der Tiefe verengt sich der Bronchus derartig, dass Tubus festsitzt. Diagnose: Da Augenarzt eine Pupillenaffektion für luetisch hielt, spezifische Behandlung, scheinbare Besserung, dann Zunahme der Beschwerden. Später Beckentumor, Exitus nach einem halben Jahr. Das Bild der Präparate zeigt Bronchus in Karzinommassen eingebettet, desgleichen die intrabifurkalen Drüsen karzinomatös. Knochenmetastasen.

Fall 6: 55 jähriger Mann. Atemnot, plötzliche Heiserkeit. Befund: Inspiratorisches Stenosengeräusch, Kadaverstellung des linken Stimmbandes. Links hinten unten handbreit leichte Dämpfung. Tracheoskopischer Befund: In der Gegend der Bifurkation wölbt sich die Hinterwand leicht vor. Daselbst Pulsation. Lumen des linken Hauptbronchus verengt. Bei weiterem Vorgehen mit 9 mm-

Tubus zeigt sich der linke Bronchus in der Tiefe von 30,5 cm durch Vorbauchung seiner medialen und unteren Wand fast verschlossen. Diagnose: Stenose, Schwellung der Lymphdrüsen durch Anthrakose. Sektionsbefund: Karzinom des linken Hauptbronchus.

Fall 7: Über Lungen Schall rechts ein wenig kürzer als links, überall vesikuläres Atmen mit Trachealbeiklang. Röntgenbild im Hilusschatten besonders rechts zahlreiche dunkle Flecken. Tracheoskopischer Befund: Mässige Vorwölbung der Hinterwand in der Gegend der Bifurkation, Sporn stark verbreitert. Eingänge der Bronchien verengt. Starke Neigung zu Blutung daselbst. Untersuchung der tieferen Wege unmöglich. Diagnose: Karzinom der Trachea auf Bronchien und rechten Lungenhilus übergreifend. Durch Sektion bestätigt.

Fall 8: 62 jährige Frau. Seit 2 Jahren Anfälle von Atemnot, in letzter Zeit Heiserkeit, Abmagerung. Im Epigastrium apfelgrosser Tumor zu fühlen. In rechter Mamma kleine harte Stelle. Verhärtung und Vergrösserung der Achseldrüse. Tracheoskopischer Befund: Karina fehlt fast völlig, derartig ist die Teilungsstelle verbreitert. Hauptbronchien verengt. Eindringen unmöglich. Diagnose: Metastasen eines Karzinoms an der Teilungsstelle der Bronchien. Durch Sektion bestätigt.

Fall 9: 35 jähriges Fräulein. Nicht tracheoskopiert. Kam mit Diagnose Emphysem ins Spital. Befund: Hochgradige Dilatation des ganzen Bronchialbaums, so dass an einer Stelle die Pars membranacea der Trachea 4,5 cm, die Pars pars cartilaginea 5 cm breit ist. In den Bronchien ähnliche Verhältnisse.

Diskussion: Herr Killian, Freiburg: Die vom Vortragenden erhobenen Befunde sind für die Diagnostik der tieferen Luftwege von grosser Bedeutung und sollten fortgesetzt werden.

Herr Ehrenfried, Kattowitz, berichtet über zwei Fremdkörperfälle und weist darauf hin, dass Fremdkörper häufig ihre Lage im Bronchialbaum wechseln.

Herr Schilling, Freiburg, berichtet ausführlich über einen Fremdkörperfall, bei dem gleichzeitig Pemphigus des Mundes und der äusseren Haut bestand.

Herr Katz, Kaiserslautern: Demonstration eines Sarkoms der Nasenscheidewand.

Auf Grund eines strittigen Falles bespricht K. die Schwierigkeit der histologischen Diagnose der endonasalen Sarkome mit dem Hinweis, dass es von besonderer Bedeutung ist, ein Stück des Tumors, das möglichst weit von der Schleimhautoberfläche entfernt ist, histologisch zu durchforschen, da die Schleimhaut nasaler Tumoren, die dem Naseneingang sehr nahe sind, Veränderungen eingehen kann, die Sarkomen zum Verwechseln ähnlich sind. Demonstration eines histologischen Präparates von Spindelzellensarkom. (Eigene Beobachtung.)

Derselbe: Demonstration eines Rundzellensarkoms der Uvula. Beschreibung der Operationsmethode.

Diskussion: Herr Rödiger, Landau.

Herr Siebenmann, Basel: Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberkulose in den Jahren 1903—1908.

66 Laryngo-Phthisiker, die sämtlich Zeichen von Lungentuberkulose boten, wurden im März und April 1909 zur Kontrolle einberufen. Es ergab sich: Gestorben 24 = 36 %, nicht kontrollierbar 17 = 26 %, kontrolliert 25 = 38 %. Gänzlich geheilt erwiesen sich 14 = 56 % der Kontrollierten. Mit Rezidiven erschienen 11 = 44 %. Von diesen 11 Geheilten, die über ein Jahr seit der Operation kontrolliert werden, sind 6 vor 1—5 Jahren, 4 vor 1—2 Jahren operiert. 3 Fälle davon waren diffuse Larynx-Infektionen. S. glaubt, unter den nicht zur Kontrolle Erschienenen auch noch mehrere Geheilte vermuten zu sollen. Betrachtet man die Heilungsziffer mit Ausschluss der nicht zur Kontrolle gelangten und der weniger als ein Jahr Kontrollierten, aber mit Ein-

schluss sämtlicher Gestorbenen, so finden sich 11 Geheilte auf 39 Operierte, also in 28 % Heilung nach einem Jahr und länger konstatiert. Bei 6 = 15 % treten Rezidive auf und 22, d. h. 57 % sind gestorben. Die Methode, welche S. befolgt, wird des Näheren beschrieben. Als etwas Neues ist dem üblichen galvanokaustischen Verfahren hinzugefügt die Anwendung von Luft-Insufflation, um die starke Rauchentwickelung beim Arbeiten mit dem Kauter zu vermeiden. Von übeln Zufällen wurden bemerkt, Auftreten von Schling- und Würgbewegungen, die exaktes Arbeiten und Vermeiden von Nebenverletzungen unmöglich machten. Leichte Kokain-Intoxikation, bei einem Fall, in dem unterhalb der Glottis kauterisiert wurde, stärkere Blutung und bedrohliches Emphysem des Mediastinums und der äusseren Haut ohne schädliche Folgen, einige Male Ödem. Die Behandlung sollte im Spital vorgenommen werden. S. glaubt die Behandlung mit dem Kauter empfehlen zu sollen.

Herren Brünings und Albrecht: a) Herr Brünings: Über therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberkulose.

Um die Wirkung der in den letzten Jahren therapeutisch vielfach benutzten ultravioletten und Röntgenstrahlen näher zu studieren, haben Brünings und Albrecht Kaninchen vermittelst Röhrenspatel mit auf Bazillengehalt untersuchtem menschlichem Sputum im Kehlkopf infiziert. Ein Teil der Tiere erlag reaktiven Schwellungen, Pneumonie oder Miliartuberkulose. Die Überlebenden wurden am Ende der 2. oder 3. Woche der Bestrahlung unterworfen, die ausnahmslos am laryngotomierten Tiere von aussen vorgenommen wurde. Es war dies deshalb notwendig, weil eine Bestrahlung auf natürlichem Wege mit exakter Dosierung beim Kaninchen schon deshalb ausgeschlossen ist, weil dabei nicht nur die einfallende Bestrahlungsintensität, sondern auch der Einfallswinkel von ausschlaggebender Bedeutung ist. Nach näherer Besprechung der physikalischen Begründung der Aktinotherapie kommt Brünings zu dem Resultat, dass die Verwendung gewöhnlichen Sonnenlichtes deshalb aussichtslos ist, weil die photochemische Intensität in ihr so gering ist, dass erhebliche Tiefwirkungen nicht zu erwarten sind. Es steht jedenfalls fest, dass alle bekannten phototherapeutisch wirksamen Lichtarten an Durchdringungsvermögen auch der weichsten Röntgenstrahlung durchaus nachstehen und dass bei deren zweifellos elektiver Wirkung von vornherein günstigere therapeutische Erfolge zu erwarten sind.

b) Herr Albrecht, demonstriert Bilder der auf genannte Weise infizierten und behandelten Kehlköpfe von Kaninchen. Er kommt zu dem Resultat, dass die Wirkung der Sonnenlichttherapie im ganzen gering war. Das gleiche galt von der Anwendung der Quarzlampe. Hingegen ergaben die Röntgenstrahlen bedeutend bessere Resultate. Die Heilwirkung war auch bei schweren zum Teil mit Perlsuchtbazillen erzeugten Tuberkulosen des Kaninchens deutlich erkennbar.

Herr Brünings: Bemerkung über die Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes. (Mit Demonstration.)

Vortragender stellt mit aller Bestimmtheit den Satz auf, dass noch niemals ein menschlicher Kehlkopf in einer den physikalischen und biologischen Voraussetzungen der Röntgenlehre genügenden Weise bestrahlt wurde. Er will deshalb die bisherigen laryngo-röntgonologischen Versuche einer Kritik unterziehen, und stellt als Hauptforderung für eine wirksame Bestrahlung von Krankheitsprozessen in Körperhöhlen folgende Punkte auf: 1. Vorhandensein ausreichender Radio-Sensibilitäts-Differenzen, 2. Focusabstand von höchstens 20 % Differenz, 3. Strahlenqualität von ausreichender Tiefenwirkung, 4. Therapeutisch wirksame Dosis. Die Wege, auf denen eine wirksame Bestrahlung des Kehlkopfes erreicht werden kann, sind vierfache.

1. Die Innenröhre. Dieselbe hat die Gefahr schwerer Verbrennung und den Nachteil, dass die Dosierung höchst unsicher ist, denn Radio-Sensibilitäts-

Unterschiede, welche den hier in Betracht kommenden Entfernungsdifferenzen entsprechen, kommen überhaupt nicht vor.

2. Das Prinzip der Aussenröhre, d. h. diejenige Anordnung, bei der die aussen entstehenden Röntgenstrahlen durch einen eingeführten geraden Tubus in den Kehlkopf projiziert werden, deren Technik und Schwierigkeiten näher ausgeführt werden.

3. Die Perkutan-Behandlung. Bei dieser kann, da der Absorptionsgrad gewöhnlicher Strahlungen in oberflächlichere Schichten zu gross ist, eine wirksame Dosis ohne Oberflächenschädigung nicht in der Tiefe erzielt werden. Es bedarf deshalb härterer penetranter Strahlenarten, zu deren Erzeugung man zweckmässig mittelharte Strahlen durch Scheiben filtriert oder der Einschaltung grösserer Röhrenabstände. Die Operativbestrahlung endlich spielt praktisch keine grosse Rolle. Brünings kommt daher zu dem Resultat, dass das Aussenröhren-Verfahren, bei welchem Lokalisierung und Dosierung streng durchführbar sind, vorzuziehen ist, trotz seiner nicht unerheblichen technischen Schwierigkeiten.

Diskussion zu den Vorträgen der Herren Albrecht-Brünings, Siebenmann und Hoffmann.

Herr Mader, München, tritt für die von ihm geübte Technik der Bestrahlung des Kehlkopfes ein.

Herr Brünings, Freiburg, widerlegt ausführlich die seitens Herrn Maders gegen die von ihm demonstrierten Methoden erhobenen Bedenken.

Herr Winkler, Bremen, hat die Behandlung der Larynxtuberkulose mit Röntgenstrahlen aufgegeben, da die Erfolge unsicher waren.

Herr Polyak Lajos, Budapest, berichtet von seinen Erfolgen mit Stauungstherapie.

Herr Koch, Schömberg und Herr Jessen, Davos, haben gute Erfolge mit der Sonnenlichttherapie gehabt.

Herr Katz, Kaiserslautern, sieht die Stauung wesentlich als schmerzlinderndes Mittel an. Bei Operationen ist das Alypin zu empfehlen.

Herr Siebenmann, Basel, hat von Sonnenlichtbehandlung keine Erfolge gesehen.

Herr Killian, Freiburg, macht nähere Angaben zur Technik der Injektion in den Nervus laryngeus superior.

Herr Nadoleczny, München, hebt den Wert der Schweigekur hervor.

Herr Rud. Hoffmann, München: Schlusswort.

Herr Brünings: Über eine neue Art der direkten Laryngoskopie und der direkten Kehlkopfoperation.

Um gewissen Schwierigkeiten bei Ausführung der Laryngoskopie zu begegnen, hat Brünings ein Gegendruck-Autoskop hergestellt, dessen Vorzüge sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen lassen: 1. Die Autoskopierbarkeit wird sehr gesteigert, vielleicht bis 100 %. 2. Der grösste Wert ist zu legen auf die Eigenschaft des Gegendruck-Verfahrens, dass die Erhaltung der Einstellung selbsttätig erfolgt. 3. Die Methode ermöglicht eine beträchtliche Erweiterung des autoskopischen Gesichtsfeldes, weil sich ohne Überschreitung des zulässigen Druckes wesentlich dickere Röhren anwenden lassen. Die näheren Ausführungen bedürfen zu ihrer Erläuterung der beigegebenen Zeichnungen.

Diskussion: Herr Edmund Meyer, Berlin, fragt an, ob seitens des Vortragenden die verhältnismässig leichtere Autoskopierbarkeit der Frauen festgestellt worden sei. Herrr Brünings bestätigt das.

Herr Brünings: Demonstration neuer diagnostischer und therapeutischer Hilfsmittel und deren Anwendung.

1. Kopflichtbad. Zurückgreifend auf früher publizierte Mitteilungen betont Brünings, dass die früher aufgestellten Indikationen der Anwendung des Kopflichtbades bei Nebenhöhleneiterung wesentlich zu erweitern ist. Die

früher aufgestellte Hypothese, dass bei der Anwendung des Kopflichtbades durch Erweiterung der Nase die Abflussverhältnisse der Nebenhöhlen verbessert würden, ist nicht mehr haltbar. Man muss vielmehr annehmen, dass die Sekretion als solche durch die heftige Hyperämie gesteigert wird.

2. Untersuchungslampen. Brünings ist zu dem Resultat gelangt, dass als brauchbarste Lampen anzusehen sind a) der Auersche Glühstrumpf in der Form des hängenden Lichtes, also mit nach unten geschlossenem Strumpf, b) eine geeignete Umarbeitung des Nernstlichtes, dessen wichtigster Bestandteil ein Lichtfilter ist in Gestalt einer kleinen, dicht vor dem Glühkörper angebrachten farbigen Scheibe. Die ungeeignete Form des Nernstlichtes ist durch eine ganz dicht vor dem Brenner angebrachte Mattscheibe aus Opalinglas, deren homogene Beleuchtung ein hinter dem Brenner befindlicher Parapolspiegel bewirkt, sehr vollkommen beseitigt.

3. Gummischwamm-Tamponade. Die Gummischwamm-Tamponade, welche Brünings zur Nachbehandlung von Nasenoperationen eingeführt hat, hat sich weiter sehr gut bewährt. Seine Anwendung ist auch bei Druckverbänden und bei Dauerdilatation, laryngealen und trachealen Stenosen mit bestem Erfolg zu verwenden. Er wird in 5 % Borlösung aufbewahrt und kommt im nassen Zustande zur Verwendung. Zur Sterilisation kommt, da der Schwamm aus ökonomischen Rücksichten mehrmals zur Verwendung gelangt, folgendes Verfahren in Anwendung: 1. Mechanische Reinigung mit warmem Wasser und Seife, 2. Einlegen in 0,1—0,2 % Sublimatlösung für 3—5 Tage, 3. Aufbewahrung in Borlösung. Der Schwamm muss in den Lösungen mehrmals ausgedrückt werden, so dass er vollständig luftfrei wird und untersinkt. Sterilisation in Dampf kann die Sublimatlösung ersetzen, nicht aber die mechanische Reinigung.

4. Demonstration eines neuen Zungenspatels.

5. Eine neue Paraffinspritze. Spritze mit 2 ccm Fassungsvermögen zur Injektion eines besonders für die Spritze hergestellten Präparates von 43° Schmelzpunkt. Sie ist ausser bei kosmetischen Operationen vielfach bei atrophisischen Katarrhen und Ozäna angewendet worden. Doch wurde bei der letzteren Heilung nicht erzielt.

6. Schlingentonsillotom. Die Exstirpation von Gaumenmandeln wird in der Killianschen Klinik seit Jahren mit der kalten Schlinge ausgeführt, da das Resultat der Operation gründlicher ist als mit den üblichen Tonsillotomen. Die Schnürkraft der neuen Schlinge, die jetzt seit etwa 2 Jahren in der Killianschen Klinik im Gebrauch ist und sich sehr gut bewährt hat, ist wesentlich grösser als bei den alten Modellen.

7. Zangengefäss zum Aufbewahren der Brüningsschen Zangen.

8. Feststellröhre. Dieselben bezwecken das Innenrohr des Brüningsschen Bronchoskopes am Aussenrohr zu fixieren. Diese sehr notwendige Verbesserung ist geglückt durch Zahnung der am Innenrohre zum Vorschieben desselben angebrachten Feder.

9. Pinselspritze. Sie besteht aus einer geteilten Rekordspritze mit Dreiringengriff, an welche sich gerade und gebogene Watteträger anschrauben lassen. Die Watteträger sind durchbohrt, so dass man der Watte von dem Inhalt der Spritze zuführen kann.

10. Arzneimittelsonde. Dieselbe dient zur Einführung von Arzneimitteln, Kokain etc. in die Speiseröhre und beruht auf demselben Prinzip wie die Pinselspritze.

11. Dilatations-Ösophagoskop. Rationeller als die Zerkleinerung von Fremdkörpern, welche im Ösophagus sitzen und aus ihm entfernt werden sollen, erscheint die Dilatation der Speiseröhre. Brünings hat daher ein Dilatations-Ösophagoskop konstruiert, bei dem die Dilatation durch einseitige Spreizung des entenschnabelförmigen Rohrendes erfolgt. Der Spreizungsgrad ist auf einer Skala ablesbar. Gegen eine übermässige Dehnung der Speiseröhre sind Sicherheitsmassregeln im Instrument selbst getroffen.

Herr Brünings, Freiburg: Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre sowie deren klinische Verwertung. (Mit Demonstration.)

Um Aufschlüsse über die Topographie des Bronchialbaumes zu erlangen, injizierte Brünings, mit Hilfe der Endoskopie eine Metallaufschwemmung mit 30 % Gelatine versetzt bei Temperatur von 60° in die Luftröhre. Es erfolgten dann stereoskopische Aufnahmen nach einem Verfahren, das im Original näher nachzulesen ist. Dieselben wurden demonstriert durch Anschauen mit Brillen in Komplementärfarben (rot-grün), während die stereoskopischen Projektionsdiapositive ebenfalls rot-grün gefärbt waren. Auf diese Weise erhält der Zuschauer ein gutes stereoskopisches Bild. Es werden orthostereoskopische Aufnahmen eines Schädels und des Bronchialbaumes demonstriert. Eine weitere Vorrichtung soll dem Übelstande abhelfen, dass die Befunde innerhalb des Bronchialbaumes, wie sie mit der Endoskopie gewonnen werden, sehr schwer auf die Körperoberfläche zu projizieren sind. Brünings hat zu diesem Ende einen Tracheographen konstruiert, der an den Griff seines Elektroskopes angehängt wird. Es gelingt mit diesem, wie an einem Beispiele gezeigt wird, die gesamte Trachea mit Bifurkation auf die Brustwand aufzutragen und die pathologischen Befunde genau nach ihrer Lage festzustellen. Wichtiger noch sind Feststellungen bestimmter Bronchialstellen, wenn es sich darum handelt, Lungenfremdkörper festzustellen, oder die Lokalisation von Lungenabszessen, Bronchiektasien, Fisteln etc. für einen Eingriff von aussen genau zu lokalisieren. Brünings verspricht sich von der weiteren Ausführung dieses Versuches grosse Vorteile für die Lungenchirurgie.

Herr Edmund Meyer, Berlin: Klinische Erfahrungen beim erschwerten Dekanulement.

Vortragender unterscheidet hauptsächlich 2 Gruppen von Fällen, bei denen das Dekanulement erschwert ist. 1. Diejenigen, in denen die Entfernung der Kanüle durch die Tracheotomie und ihre Folgen verhindert wird, 2. solche, bei denen die ursprüngliche Erkrankung selbst bleibende Veränderungen im Luftrohr gesetzt hat, die die Entfernung der Kanüle auf die Dauer unmöglich machen. In bezug auf den Ort der Tracheotomie, ob obere oder untere, kommt es weniger auf das wo, als auf das wie an. Ist man gezwungen, um jeden Preis die Luftröhre schleunigst zu eröffnen, so kommt es leicht später zu Komplikationen. Besonders ungünstig ist die Durchschneidung des Ringknorpels. Auch die Form der Kanülen ist von grosser Bedeutung. Meyer konnte in seinen Fällen bei genauer Untersuchung ausnahmslos organische Veränderungen ausfindig machen. Bei der Behandlung kommt in Betracht 1. die Intubation, die vielfach gute Erfolge ergibt, besonderrs haben sich die mit Alaun-Gelatine überzogenen Tuben bewährt. Bei Verletzung des Ringknorpels ist unter Umständen tiefe Tracheotomie angezeigt, ehe man zur Intubation schreitet. Schornsteinkanülen haben niemals nennenswertes geleistet, während Hartgummi-Bougies oder Zinnbolzen das Hindernis beseitigen konnten. Bei Narbenbildung hat Erweiterung der Trachealwunde mit Entfernung der Narbe von der Wunde aus zu vollem Erfolge geführt. Allerdings ist anschliessendes Dilatationsverfahren nötig. Laryngofissur wurde nur einmal gemacht. Vollständige Heilung unter Intubationsbehandlung.

Diskussion: Herr Kümmel, Heidelberg, tritt für Gebrauch der Glaskanülen ein. Die Spaltung der Trachea und des Larynx muss allerdings ziemlich ausgiebig erfolgen. Gummischläuche erfordern eine weniger grosse Öffnung. Kümmel hat sie in letzter Zeit mit Regenmantelstoff umkleben und umnähen lassen, dessen freie Enden als Kanülenbänder dienen.

Herr Mann, Dresden, berichtet von einem zurzeit in Behandlung befindlichen Falle.

Herr Ehrenfried, Kattowitz, sah einen Fall bei einem Kinde, wo das Dekanulement unmöglich war, weil eine Erschlaffung und Vorwölbung der hinteren Trachealwand stattgefunden hat.

Herr Killian, Freiburg, weist ebenfalls auf die Notwendigkeit einer genauen Untersuchung hin. Bei kleinen Kindern tritt nach Spaltung des Ringknorpels in der Regel eine schwer zu beseitigende subglottische Schwellung ein. In solchen Fällen muss sehr langsam vorgegangen werden. Am geeignetsten erscheinen weiche Gummiröhrchen in T-förmiger Gestalt von passender Dicke. Bei stärkeren Narbenstenosen und Verwachsungen wird am besten Laryngofissur ausgeführt. Zur Nachbehandlung eignen sich Gummiröhrchen. In neuerer Zeit hat Killian die Einlage von Gummischwammstreifen versucht, die sich anscheinend gut bewähren. Die Stenosen, welche am unteren Ende der Kanüle durch langes Tragen derselben hervorgerufen werden, behandelt man am besten durch Gummischlauchkanülen.

Herr Wiebe, Dresden, empfiehlt bei liegender Kanüle die geknöpften elastischen Harnröhrenbougies. Er weist darauf hin, dass die Dekubitalgeschwüre, welche er beobachtete, fast alle auf der linken Seite gelegen waren.

Herr Denker, Erlangen, empfiehlt die Killianschen Kanülen aus Gummi. Mit den Mikuliczschen T-Kanülen aus Glas hat er weniger gute Erfahrungen gemacht.

Herr Henrici, Aachen: Gastroskopie.

Ihr muss eine genaue Untersuchung des Körpers, Herz (Aorta) und eine Sondierung der Speiseröhre vorausgehen, ferner eine gründliche Ausspülung des Magens. Das Spülwasser muss vollkommen entleert werden. Patient erhält vorher 0,01 Morphin, Pinselung der Rachenwände und der Gegend hinter dem Ringknorpel mit Kokain-Adrenalin wie bei Ösophagoskopie. Henrici führt das halbstarre Rohr zunächst auf dem Untersuchungstisch in sitzender Stellung ein, später horizontale Lage. In dieser wird das starre Rohr langsam nachgeschoben bis es sicher den Ringknorpel passiert hat. Entfernung des Mandrins, Aufsetzen des Kopfstückes mit Gebläse und Einführung des optischen Rohres. Dieses geht leicht durch den starren Teil. Weiterhin muss der Widerstand durch kleine vorsichtige Bewegungen überwunden werden. Die schwierigste Stelle ist die des Durchtritts durch das Zwerchfell. Das Bild, welches man nach Einführung in den Magen erhält, ist ein Spiegelbild. Der stets klaffende Pylorus fällt als rundlich ovales schwarzes Loch auf, seine Umrahmung als mehr oder weniger gewulstete rötlich schimmernde Magenschleimhaut. Fast alle Partien bis auf den oberen Teil des Fundus und ein kleiner der grossen Kurvatur sind sichtbar. Bei der noch unsicheren Indikation der Gastroskopie ist grosse Vorsicht geboten. Besonders in bezug auf das Einführen durch die Speiseröhre. Die Gefahr, dass der Magen durch Lufteinblasen überdehnt werde, ist weniger gross. Von 7 Fällen, die Henrici gastroskopisch untersucht hat, sind 5 diagnostisch zu verwerten. Sie wurden untersucht vorwiegend wegen Verdachtes auf Karzinom. In 4 Fällen war das Resultat negativ, in dem 5. war deutlich ein Magentumor durch die schlaffen Bauchdecken zu fühlen. Doch war kein gastroskopisches Bild zu erhalten, da die Luft wahrscheinlich infolge der Veränderung der Magenwände durch den Tumor sofort in den Darm abfloss. Ein Urteil über den Wert der Gastroskopie ist vorläufig noch nicht abzuschliessen, doch ist anzunehmen, dass die Methode in einzelnen Fällen ein rechtzeitiges chirurgisches Eingreifen ermöglicht.

Diskussion: Herr Brünings, Freiburg, hat auch mit dem Löningschen Instrument gearbeitet. Er hält dessen Änderung des Rosenheimschen Instrumentariums nicht für sehr glücklich. Er ist mehr für direkte Einführung eines starren Instrumentes.

Herr Walter Hänel, Dresden: Demonstration eines schwenkbaren Spucknapfes mit selbsttätiger Wasserspülung.

Herr Joh. Fein, Wien: Demonstration eines Adenotoms mit rechtwinkelig lateraler Abbiegung des Ringmessers.

Herr H. Gutzmann, Berlin: Die Untersuchung und Behandlung funktioneller Stimmstörungen.

Die funktionellen Stimmstörungen sind nur dann einer systematischen Behandlung zugängig, wenn eine genaue Untersuchung der funktionellen Störung vorangegangen ist, selbstverständlich neben der Erhebung des Lokalbefundes. Die funktionelle Prüfung hat sich besonders in drei Richtungen zu bewegen. 1. Untersuchung der Atmungsfunktion beim Sprechen und Singen, 2. Untersuchung der Stimme und 3. Untersuchung der Artikulation. Was die Atmung betrifft, so ist die Aufnahme von Atemkurven durchaus notwendig, da sie die verschiedenen vorhandenen Störungen aufdeckt. Bei Untersuchung der Stimmfunktion ist der Umfang der Stimme, Stimmlage und Register-Verteilung zu prüfen. Besonders muss auf Tonlücken geachtet werden. Die Feststellung der Genauigkeit der Stimme kann bei gröberen Störungen mit dem Ohr geschehen, bei feineren Abweichungen ist eine exakte graphische Prüfung angebracht. Gutzmann bedient sich dazu des Kehltonschreibers. Von vielleicht noch grösserer Bedeutung ist die Feststellung der Intensitätsschwankung bei an und für sich richtig gehaltener Tonhöhe. Die Messung der absoluten Stimm-Intensität begegnet grossen Schwierigkeiten. Für praktische Zwecke genügt die Feststellung der relativen. Diese hat Vortragender so angestellt. dass er unter gleichbleibenden Bedingungen der Stimmbildung (Tonhöhe und Klang) den Luftverbrauch vermittelst des Gutzmann-Wethloschen Atmungsvolumenmessers gemessen hat. Er demonstriert Kurven, die beweisen, dass die Schwankungen der Stimm-Intensität durch sein Verfahren genau festgestellt werden können. Was die Atmung anbetrifft, so erfordern bei der Behandlung funktioneller Stimmstörungen diejenigen Fälle eine besondere Aufmerksamkeit, bei denen die einfache Atmungsgymnastik nicht zur Korrektur der fehlerhaften Atmungsbewegungen führt. In solchen Fällen leisten mechanische Atmungsübungen, die passiv an dem Patienten ausgeführt werden, bemerkenswerte Hilfe. Gutzmann bedient sich dabei seit langen Jahren des von Brad angegebenen Druckdifferenzverfahrens. Auf die Stimmgebung bei funktionären Stimmstörungen wirkt er vorwiegend durch Übertragen von Stimmgabelvibrationen ein. Um dem Übelstand, dass die Stimmgabel zu schnell abklingt, zu begegnen, hat Gutzmann sich elektrisch betriebene Stimmgabeln bauen lassen, die ihre Vibration auf eine kleine am Kehlkopf zu befestigende Pelotte übertragen. Diese ausserordentlich sinnreiche Einrichtung ermöglicht es, dass der Patient neben seinem Ohr eine zweite Kontrolle seiner Stimme erhält, nämlich den Tastsinn. Zum Schluss weist Gutzmann noch darauf hin, dass die von den Laryngologen vielfach bei funktionellen Stimmstörungen verordnete Schweigekur nur dann von Erfolg sein kann, wenn sich an sie eine systematische Unterweisung der richtigen Atmungs-, Stimm- und Artikulationsfunktion anschliesst. Ferner wird die Wichtigkeit anderer allgemeiner Hilfsmittel wie Ortsveränderungen etc. hervorgehoben.

Diskussion: Herr Schilling, Freiburg, demonstriert die Sprechatmungskurve eines Kranken mit apoplektischer Bulbärparalyse, an der deutlich zu sehen ist, dass auch bei organischen Sprachstörungen durch die optische Kontrolle und das Gefühl des Kranken eine Besserung zu erzielen möglich ist.

Herr Winkler, Bremen, weist auf die Vorzüge der allgemeinen Behandlung bei diesen Erkrankungen hin. Er fragt an, ob bei funktionellen Stimmstörungen während der Behandlungsdauer Gesangsübungen ausgesetzt werden sollen.

Herr Gutzmann, Berlin, möchte hierfür eine allgemein gültige Regel nicht aufstellen, hält es aber im allgemeinen für richtiger, jegliche Übung der Stimme ausserhalb der Übungstherapie zu unterlassen.

V. Kongresse und Vereine.

XVI. Internationaler Kongress in Budapest vom 29. August bis 4. September 1909.

Das Programm der XV. Sektion Rhinologie und Laryngologie siehe Heft 1 dieses Bandes, Seite 101 f.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 19.—25. September 1909 in Salzburg.

VI. Personalia.

Herr Geheimrat B. Fränkel-Berlin feierte am 16. Juli sein 50jähriges Doktorjubiläum. Dem Jubilar wurde der Rote Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub verliehen.

Den Herren Jessen in Davos und A. Alexander in Berlin wurde vom kgl. preussischen Kultusministerium der Professortitel verliehen.

Der Güte Herrn Watson Williams verdanken wir folgenden Bericht:

Ein Festbankett wurde Sir Felix Semon am 2. Juli 1909 gelegentlich seines Rücktrittes aus der Praxis gegeben. Es waren über 250 Gäste anwesend.

Der Vorsitzende, Sir Henry T. Butlin, gab einen kurzen Bericht über Sir Felix Laufbahn bis zu seinem Rücktritt. Vor 15 Jahren wurde er Leibarzt des Königs und Sr. Majestät hat den Wunsch ausgedrückt, dass Sir Felix das Amt eines seiner Leibärzte weiter bekleiden möge. Sir Felix hat vor 25 Jahren das Zentralblatt für Laryngologie begründet. Ihm ist es auch zu danken, dass vor vielen Jahren die Laryngologische Gesellschaft in London begründet wurde. Unter den Laryngologen des Britischen Königreichs und andern Freunden von Sir Felix bestand der Wunsch, dass sein Name durch die Gründung einer Professur oder eines Stipendiums in seinem Namen verewigt würde, und Schenkungen, die etwas mehr als 24000 Mk. betragen, wurden Sir Felix zu diesem Zweck ausgehändigt.

Ferner sprachen die Herren Alfred Mond, Hubert v. Herkomer, Dundas Grant, Vorsitzender der laryngologischen Sektion der Königl. medizinischen Gesellschaft, H. S. Birkett von Montreal, Herbert Beerbohm Tree.

Dr. Finder aus Berlin, Herausgeber des Zentralblattes für Laryngologie, gratulierte für dieses, Herr B. Fränkel übermittelte schriftlich eine Begrüssung der Berliner laryngologischen Gesellschaft, der Verein deutscher Laryngologen sandte ein Begrüssungstelegramm. Bl.

Die Laryngo-Rhinologie in den Unionstaaten Nordamerikas.

Von

Hofrat Prof. Dr. Ottokar Chiari in Wien.

Bevor ich auf die Stellung der Laryngo-Rhinologie in den vereinigten Staaten Amerikas näher eingehe, möchte ich nur einige allgemeine Daten über die Stellung der dortigen Ärzte und ihre Vorbildung anführen.

Zur ärztlichen Praxis sind in allen 47 Staaten der Union nur jene Personen berechtigt, welche durch ein eigenes staatliches Diplom (License oder Certifikat) gesetzlich qualifiziert sind, (legally qualified). Durchschnittlich berechtigt das Diplom eines Staates nur zur Praxis in demselben Staate; doch haben beiläufig 13 Staaten ihre Diplome als wechselseitig giltig anerkannt.

Es ist sehr interessant, die gesetzlichen Vorschriften der einzelnen Staaten in bezug auf die Ausübung der ärztlichen Praxis zu studieren. Sie sind in dem American Medical Directory enthalten, welches von der American Medical Association 1906 in Chicago 103 Dearborn Avenue herausgegeben wurde. Initial Edition Volume I. Dieses grossartige Werk von über 1500 Seiten enthält ein Register von allen gesetzlich berechtigten Ärzten der vereinigten Staaten, Territorien und Provinzen und Kanadas.

Die Staaten erteilen entweder ein Zertifikat, welches befähigt, Krankheiten der Menschen zu behandeln, oder eine License Medizin zu praktizieren. (Certificat of qualification to treat diseases of human beings oder License to practise medicine).

Grundbedingungen sind überall ein Alter von über 21 Jahren, guter moralischer Charakter und eine Prüfung durch eine stattlich

autorisierte Kommission (board) von medizinischen Prüfern. Als Vorbildung wird, so viel ich entnehmen konnte, überall der Nachweis gefordert, dass der Kandidat eine medizinische Schule oder ein medizinisches Kollegium (medical school oder college of high standing von gutem Rufe) mit Erfolg absolviert hat.

Die staatliche Prüfung bezieht sich auf die wichtigsten Fächer der theoretischen und praktischen Medizin. Manche Staaten geben auch Diplome, in welchen die Ausübung der grossen Chirugie nicht inbegriffen ist. Das Diplom kostet zirka 25 Dollars. Die Prüfungskommission besteht in einzelnen Staaten aus 5 Mitgliedern, von denen 3 der regulären, 1 der eklektischen und 1 der homöopathischen Schule der Medizin angehören. In den meisten Staaten sind die Prüfer angesehene Ärzte ohne Angabe ihrer speziellen Richtung. Die folgenden Daten sind teilweise den Mitteilungen von Friedrich Müller in München (Amerikanische Reiseeindrücke Münch. med. Wochenschrift Nr. 49, 1907) von Prof. Dr. Carl v. Noorden), (Frankfurter Zeitung 3., 5. und 6. Dezember 1905) und Prof. Dr. Max Le Blanc (XVIII. Band der Verh. d. Naturwissenschaftl. Vereins zu Karlsruhe, Vortrag am 17. Februar 1905) entnommen.

Der Bildungsgang des angehenden Arztes ist jetzt wenigstens so ziemlich in allen Staaten ein gleichartiger. — Mit beiläufig 16 Jahren kann der Studierende, wenn er das Diplom von einer Mittelschule (Gymnasium, high school) besitzt oder ein sogenanntes Staatsexamen abgelegt hat, in eine Universität eintreten. Die Universitäten sind zum grössten Teile Privatinstitute, welche von grossen Schenkungen erhalten werden. An vielen Orten werden sie aber vom Staate subventioniert. Die Universitäten haben durchaus nicht alle die vier Fakultäten wie in Österreich und Deutschland. Sie werden auch von vielen jungen Leuten der besseren Klassen besucht, welche gar nicht die Absicht haben, ein Fachstudium zu betreiben, sondern später als Kaufleute, Industrielle usw. tätig sind. — Die Universitäten dienen also mehr dazu, um den Hörern eine allgemeine Bildung zu verschaffen. Das Kollegiengeld wird für ein Jahr bezahlt und ist viel höher, als selbst in Deutschland. Dagegen sind die Gehalte der Professoren oft gering, um so mehr als sie kein Kollegiengeld beziehen. An diesen Universitäten werden hauptsächlich klassische und moderne Sprachen, Geschichte, Mathematik, Philosophie, Naturwissenschaften etc. gelehrt.

Einige dieser Universitäten haben mehrere tausend Hörer. — Die meisten haben sehr grosse Räume zur Verfügung, eigene Schlafzimmer und eigene Klubs, grosse Spielplätze, einzelne davon auch Amphitheater, wo die athletischen Spiele vor einer grossen Zuschauer-

menge abgehalten werden. Die Studierenden dürfen an den meisten Orten in den gemeinschaftlichen Speisesälen nur Wasser und Tee trinken. Auch herrschen sehr strenge sittliche Anschauungen. Der Besuch der Vorlesungen ist sehr rege, weil das Schwänzen der Kollegien als Schande betrachtet wird. Nach 3—4 Jahren, verschieden je nach den Örtlichkeiten, ist das Studium beendet und nach einer abgelegten Prüfung erhält der Kandidat den Titel eines Bachelor (Baccalaureus). Sehr viele der absolvierten Universitätshörer hängen auch noch in ihren späteren Lebensstellungen innig aneinander und gehören sehr häufig einem gesellschaftlichen Universitätsklub an.

Der werdende Arzt tritt nach Vollendung der Universitätsstudien in ein Medical College, deren es beiläufig 300 gibt, ein, welches an vielen Orten gar keinen oder nur losen Zusammenhang mit den Universitäten hat. Ziemlich viele Colleges nehmen auch Hörer ohne Universitätsbildung auf. John Hopkins Medical School in Baltimore ist das berühmteste College. In den meisten Colleges ist Frauen der Eintritt verwehrt. Dagegen gibt es, soweit ich aus dem American Medical Directory entnehme, in St. Louis, Baltimore, Cincinati, Cansas-City, Philadephia und New York eigene Womans Medical Colleges. Das Studium dauert in den Colleges gewöhnlich 4 Jahre. Im 1. und 2. Jahre bilden Anatomie, Physiologie, Bakteriologie, Chemie und Physik die Hauptunterrichtsgegenstände. Die Studien in diesen Fächern bestehen nicht bloss im Anhören der Vorlesungen, sondern in sehr ausgedehnten praktischen Übungen. In Chemie haben die Hörer die qualitative und quantitative Analyse und besonders die organische Chemie experimentel zu lernen. Die Erfolge dieser Methode zeigen sich darin, dass die amerikanischen Mediziner durchschnittlich in Chemie viel besser unterrichtet sind, als die Hörer deutscher oder österreichischer Universitäten. Ein so hervorragender Stoffwechselchemiker wie Karl v. Noorden, welcher durch 6 Tage an dem New York University and Bellevue Hospital Medical College Vorträge hielt, meint, dass die amerikanischen Studenten, die ihn hörten, dieses schwierige Thema besser in sich aufnahmen, als viele deutsche Studierende. So wie in Chemie findet auch in den anderen oben genannten Fächern der Unterricht in sehr sorgfältiger Weise statt, wozu die grossen Mittel, welche vielen dieser Colleges zur Verfügung stehen, wesentlich beitragen. Fast überall findet man glänzend eingerichtete und reich dotierte Institute mit ausreichenden Räumlichkeiten, um praktisch und experimentell zu arbeiten. Physiologische und pathologische Tier-Experimente nimmt jeder Hörer in grosser Anzahl vor. Auch Vivisektionen werden trotz

vielfacher Aktion der Antivivisektionsvereine häufig ausgeführt. Dagegen ist das Studium der menschlichen Anatomie dadurch sehr erschwert, dass viel seltener Sektionen an Leichen gestattet werden als bei uns. Jedenfalls kann man aber sagen, dass in den ersten zwei Jahren des medizinischen Studiums die Studenten sehr gut ausgebildet werden. Der Übergang von einem Medical College in das andere findet nur sehr selten statt.

Weniger vorteilhaft sind die Bedingungen für den klinischen Unterricht, welchem die letzten zwei Jahre des Studiums gewidmet sind. Klinische Institute mit einem hervorragenden Fachmann als Vorstand und mit den geschulten klinischen Assistenten, ähnlich wie bei uns, finden sich nur an wenigen Orten. v. Noorden fand solche in Philadelphia, Baltimore, Boston, New Haven und Chicago. An allen anderen Orten erfolgt der klinische Unterricht meistens nur an einem der Spitäler der betreffenden Stadt. Das Verwaltungskomitee dieser aus Privatschenkungen errichteten Spitäler stellt mehrere hervorragende praktische Ärzte der Stadt als Visiting oder Consulting Physicians an. Das Medical College sendet nun seine Studenten zu diesen Ärzten in die oft weit entlegenen Spitäler, wo sie sowohl praktisch als theoretisch unterrichtet werden.

Viele von diesen Lehrern haben natürlich keine klinische Vorbildung genossen, ausserdem wechseln sie gewöhnlich alle 3—4 Monate und halten meist nur 2—3 Vorlesungen in der Woche; sonst an den anderen Tagen unterrichten die Assistenten oder andere Hilfsärzte, so dass der Student keinen einheitlichen Unterricht bekommt. Manche solche Visiting Physicians ordinieren und lehren zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Spitälern. Von dem Medical College werden die Studenten gruppenweise diesen Lehren zugewiesen, welchen dann gewöhnlich das College den Titel eines Professors verleiht. Wegen der kleineren Gruppen von Hörern findet ein intimerer Verkehr zwischen Schüler und Lehrer als an unseren grossen Universitäten statt. Die einzelnen Spitäler sind meist mit schönen und geräumigen Laboratorien ausgestattet, doch ist die klinische Beobachtung zu wenig innig mit der Laboratoriumsarbeit verbunden, auch wechseln sowohl die Visiting Physicians, als auch die eigentlich behandelnden Ärzte und Assistenten meistens so schnell, dass nur selten ein nach allen Richtungen entsprechender klinischer Unterricht möglich wäre. Ein weiteres Hindernis für die Einführung der Studenten in die klinischen Untersuchungsmethoden bildet die geringe Geneigtheit der Spitalspatienten, sich öfter untersuchen zu lassen.

Auch werden pathologische Sektionen viel seltener vorgenommen als bei uns, so dass man es begreiflich findet, dass so viele junge

amerikanische Ärzte an die deutschen und österreichischen Kliniken pilgern, wo die Verhältnisse bekanntlich in diesen Beziehungen günstiger sind.

Zur weiteren Ausbildung der schon in der Praxis stehenden Ärzte gibt es Postgraduate Schools, in welchen der Praktiker mit den neueren Ergebnissen der Pathologie und Therapie bekannt gemacht wird. Die meisten Spitäler sind in Häusern mit vielen Stockwerken untergebracht, doch ist der Verkehr zwischen den einzelnen Stockwerken durch zahlreiche sehr schnell fahrende Aufzüge in der besten Weise vermittelt. Die Krankenzimmer sind meistens viel besser eingerichtet als bei uns, meist nur für eine geringe Anzahl von Patienten bestimmt. Überall finden sich auf dem flachen Dache Gärten und Liegebetten für Sonnen- und Freiluftbehandlung. Das Wartepersonal steht sozial viel höher als bei uns, ist auch viel besser verpflegt und bezahlt. Durchschnittlich kommen 3—4 Betten auf eine Pflegerin; daher ist die Behandlung der Patienten eine bessere. Jedes Spital hat eine grössere Anzahl von Privatzimmern, welche für wohlhabende Patienten bestimmt sind und 30—35 Dollars in der Woche und bei besonderem Luxus auch 50—80 Dollar samt Verpflegung kosten. Die meisten dieser Privatzimmer werden von den Visiting Physicians dieser Spitäler belegt und manchmal spielt daher bei ihrer Wahl die Rücksicht auf die ausgedehnte Praxis eine Rolle.

Was nun die soziale Stellung der Ärzte anbelangt, ist dieselbe durchschnittlich nicht höher als bei uns. Das Honorar ist zwar erheblich grösser; dafür ist aber auch das ganze Leben viel teuerer und die Zahl der Ärzte sehr gross.

In Amerika gibt es noch viele Hausärzte, welche auch zugleich Freunde der Familie sind. Jede Art von Reklame wird dem amerikanischen Arzte sehr übel genommen. An seinem Hause oder an seiner Wohnung findet sich nur sein Name samt Angabe der Sprechstunden aber ohne Bezeichnung irgend einer Spezialität. Überhaupt wird sehr viel auf Standesehre gehalten.

Wesentlich dazu tragen die grossen amerikanischen Ärztegesellschaften bei. Den ersten Rang darunter nimmt die American Medical Association ein, zu deren Mitglieder die angesehensten der gesetzlich berechtigten Ärzte der vereinigten Staaten gehören, deren Zahl sich 1906 auf 122 167 bei ca. 90 Millionen Einwohnern belief. Von dieser Gesellschaft wurden im Jahre 1903 die Prinzipien der medizinischen Ethik beraten, welche sich beziehen auf die Pflichten der Ärzte gegenüber ihren Patienten, auf ihre Pflichten gegeneinander und gegen die ganze Profession, dann auf die Pflichten des ganzen Ärztestandes dem Publikum gegenüber.

Wenn ich nun auf den Unterricht in der Laryngo-Rhinologie eingehe, so wird dieses Fach in allen Medical-Colleges oder in den Medical-Departements, wenn ein solches der Universität angeschlossen ist, im 3. und 4. Jahre gelehrt, an einigen Orten im 3., an anderen im 4. Jahre. An manchen Orten wird es zusammen mit Ohren- und Augenkrankheiten vorgetragen. An den meisten aber wird Laryngo-Rhinologie selbständig gelehrt. Die Vorlesungen über Laryngo-Rhinologie finden für alle Hörer zugleich statt. Zum Zwecke der praktischen Übungen werden die Studenten in Gruppen geteilt und üben durch je 2 Wochen 2 Stunden in der Woche an Patienten, welche ihnen von dem Professor und seinen Assistenten zugewiesen werden. Durchschnittlich übt auf diese Art jeder Hörer 1½—2 Monate. Am Ende des Jahres hat der Kandidat eine Prüfung über Laryngo-Rhinologie abzulegen. Diese Prüfung bezieht sich auf Anatomie, Physiologie, Diagnose und Behandlung der Kehlkopf- und Nasenkrankheiten und ist an manchen Orten nur eine schriftliche.

Durch die Güte eines amerikanischen Arztes, der auf meiner Klinik als Gast tätig ist, erfuhr ich seine Prüfungsfragen. Sie lauteten:

Was bedeuten die oft wiederkehrenden, vielfachen Nasenpolypen?

Welche Bedeutung hat das Lymphgewebe des Rachens für den Organismus?

Beschreibe einen Fall von vergrösserter Rachenmandel beim Kinde und ihre Operation!

Was sind die Nebenhöhlen der Nase und wie heissen sie?

Definiere den chronischen Katarrh der oberen Luftwege und beschreibe seine allgemeine Behandlung!

Hauptanzeigen für Entfernung der Gaumenmandeln und Methode der Tonsillektomie.

Wie kann man eine alarmierende Mandelblutung stillen?

Was könnte die Folge der Entfernung der Nasenmuscheln sein, und erkläre die Tatsache.

Differentialdiagnose zwischen akuter, follikulärer und diphtherischer Mandelentzündung.

Differentiale klinische Diagnose zwischen den Frühstadien von Tuberkulose und Krebs des Kehlkopfes mit Rücksicht auf Heiserkeit, Husten und allgemeines Befinden.

Diese Fragen mussten in 2 Stunden beantwortet werden, und zwar schriftlich.

An manchen Schulen findet auch noch eine praktische Prüfung statt, doch genügt es meistens, dass sich der Lehrer bei den praktischen Übungen von der Ausbildung des Hörers überzeugt.

In dem Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital (5 Stockwerke hoch) in New York, welches ich während meines kurzen Aufenthaltes zu besuchen Gelegenheit hatte, gibt es eine Augen-, eine Ohren- und eine Nasen- und Halsabteilung (department); es gehören dem Consulting Staff als Laryngologen Andrew H. Smith, Med. Doctor und Orlando B. Douglas, Med. Doctor an.

In dem Throat Department befinden sich als Chirurgen Charles H. Knight Med. Doctor, Walter F. Chappel Med. Doctor, Lewis A. Coffin Med. Doctor, Jonathan Wright Med. Doctor, Harmon Smith Med. Doctor. Sie haben unter sich 19 chirurgische Assistenten und 10 klinische Assistenten, also wie man sieht, ein sehr grosses Personal. Der Unterricht wurde in folgender Weise erteilt. Ein praktischer klinischer Kurs für die vorgeschrittenen Studenten, dann ein systematischer Kurs für Anfänger durch 3 Monate hindurch und ein praktischer operativer Kurs am Kadaver. Klinische Vorlesungen werden in den klinischen Kursen gehalten, teils allgemein theoretisch, teils mehr kasuistisch, je nach den vorhandenen Fällen. Ebenso werden in den Operationszimmern während der Operation und in den Krankenzimmern bei den Verbänden Erläuterungen gegeben.

An Nasen- und Halskrankheiten leidende ambulante Patienten, für welche sehr schöne Warteräume zur Verfügung stehen, werden an allen Wochentagen in der eigenen Nasen- und Halsabteilung untersucht und behandelt. Als ich das Spital besuchte, versahen diese Aufgabe, mit welcher zugleich der Unterricht verbunden ist, in jeder Woche je 2 mal 3 verschiedene Chirurgen mit ihren entsprechenden Assistenten. Es ist also auch hier, wie bei den anderen klinischen Fächern, kein einheitlicher klinischer Unterricht, aber der Student hat Gelegenheit, die verschiedenen Methoden der einzelnen Lehrer kennen zu lernen.

Es dürfte hier am Platze sein, einzelne Details über dieses Manhattan Hospital zu geben. Nach dem im September 1908 herausgebenen Jahresbericht besteht das Spital seit 39 Jahren, wird durch freiwillige Spenden unterhalten und ist für die unentgeltliche Behandlung armer Patienten bestimmt. Dem scheint zu widersprechen, dass das Spital von Patienten in dem Berichtsjahre 72 597 Dollars einnahm. Diese Einnahmen verteilen sich auf private Patienten, welche 19 441 Dollars und auf klinische Patienten, welche 20 953 Dollars zahlten, und auf andere Einnahmen, so von Medizinen und Verbänden (10 535 Dollars), von Augengläsern (7 690 Dollars) von Studenten (2 190 Dollars) und auf andere Posten.

Für private bemittelte Patienten bestehen nämlich, wie in den anderen Spitälern, Privatzimmer mit den oben erwähnten Preisen; in dem Berichtsjahr wurden 703 Privatpatienten verpflegt. In den allgemeinen Krankenzimmern (wards) wurden 1133 unentgeltlich behandelt, 572 wurden von öffentlichen Stiftungen unterstützt und 2459 zahlten täglich 1 Dollar. Im ganzen wurden 4295 klinische Patienten behandelt.

In der Nasen- und Halsabteilung wurden ambulatorisch 6065 neue Patienten behandelt, also ein sehr grosses Material, weil noch viele Patienten vom Vorjahre dazu kamen. Die Nasen- und Halsabteilung hat ebenso wie die beiden anderen ein eigenes Operationszimmer. Die 4375 Operationen wurden teils ambulatorisch, teils klinisch ausgeführt.

Man ersieht also aus diesen wenigen Zahlen, welch günstige Gelegenheit Studenten und Ärzte hier finden, um die Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zu studieren, welche hier ganz getrennt von den Ohrenkrankheiten in einem eigenen Ambulatorium und Operationssaal von besonders angestellten Ärzten beobachtet und behandelt wurden. Die Behandlung und auch der Unterricht betreffs der Nasen- und Halskrankheiten ist hier vollständig von der Otologie getrennt.

Nach dem Muster des Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital ist auch ein ähnliches aber viel kleineres Spital nur mit einem Stockwerke in New Orleans errichtet worden. Es besteht jetzt 19 Jahre; nach dem Berichte über das Kalenderjahr 1908 ist es nur für Arme bestimmt und hat 2 Departements, eines für Augen- und das andere für Ohren-, Nasen- und Halsleiden. Geleitet wird es von Dr. A. W. De Roaldes als Chef-Chirurg; für die Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses hat Dr. Gordon King die Leitung. Ausserdem gibt es noch Consulting physicians und chirurgische und klinische Assistenten. Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten werden also hier in einer Abteilung (Departement) behandelt; die Gesamtzahl aller Patienten betrug 7838 im Berichtsjahr, davon litten 4192 an Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, an welchen 1299 Operationen vorgenommen wurden. Das Spital hat auch einen Diphtherie-Pavillon. Zum Unterrichte dient das Spital nur insofern, als fertige Ärzte dort in der Spezialität Unterweisung finden können.

Ähnliche Spitäler für Augen-, Nasen-, Ohren- und Halsleiden gibt es noch in einigen anderen grossen Städten Amerikas. Ausserdem finden sich in vielen allgemeinen Spitälern Abteilungen für diese Leiden. Als Beispiel dafür mögen die Verhältnisse in Philadelphia dienen.

In Philadelphia besuchte ich unter der gütigen Führung des Dr. Kyle jenes Spital, in welchem er ordiniert, unterrichtet und auch Privatpatienten operiert. Es ist ein viele Stockwerke hohes Gebäude mitten unter anderen Gebäuden liegend, besitzt keinen eigenen Garten, aber auf dem flachen Dache Gelegenheit zum Aufenthalte in freier Luft und zur Sonnenbestrahlung. Die für die Nasen- und Kehlkopfkranken bestimmten Räume sind klein, aber reinlich und auch ein kleines spezielles Operationszimmer steht zur Verfügung der Abteilung. Zur praktischen Übung der Studenten ist ein Zimmer von etwa 25 qm mit 7 Plätzen vorhanden. Das Spital hat in allen seinen Räumen abgerundete Ecken nnd Kanten und enthält auch wieder Privatzimmer für wohlhabende Patienten, deren Erträgnis mit zur Erhaltung des Spitals dient. Der Spezialist bezieht aber von diesen Privatpatienten ein entsprechendes Honorar. Ähnliche Verhältnisse sah ich im St. Lukas Hospital in New York.

Die soziale Stellung der Spezialisten ist in Amerika eine recht gute. Sie beziehen durchschnittlich ziemlich hohe Honorare, welche aber im Verhältnis zu den höheren Preisen der täglichen Bedürfnisse unsere in Wien üblichen Honorare nicht besonders übertreffen.

Was die wissenschaftiche Tätigkeit der Spezialisten anbelangt, so ist dieselbe eine rege. Die Zahl der in Semons Zentralblatt referierten amerikanischen Arbeiten ist schon seit mehr als 10 Jahren fast immer grösser als die anderer Länder. Sie werden gewöhnlich in verschiedenen allgemeinen medizinischen Wochenschriften veröffentlicht. Als Zentralorgan für die Kehlkopfkrankheiten ist allein das Laryngoscop anzuführen, gegründet von Dr. M. A. Goldstein in St. Louis 1896; erscheint wöchentlich. Die Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, gegründet 1892, erscheinen vierteljährlich, herausgegeben von Dr Hanau W. Loeb in St. Louis. Das Homeopathic Eye, Ear and Throat Journal, gegründet 1895 von A. Worrall, herausgegeben von Palmer, erscheint monatlich in New York. Dann sind noch zu nennen die Archives of Otology, gegründet von Hermann Knapp 1869 in New York, welche alle 2 Monate erscheinen. Diese geringe Zahl von Fachjournalen macht es begreiflich, dass unsere Spezialliteratur in Amerika so verstreut ist, dass sie dem Ausländer schwer zugänglich wird.

Eine grosse Bedeutung haben die Spezialgesellschaften. Die älteste derselben ist die American Laryngological Association, gegründet 1878, welche 1909 88 aktive und 29 korrespondierende Mitglieder zählt und die Verhandlungen ihrer Jahres-Versammlungen jährlich in einem schön ausgestatteten Band erscheinen lässt.

Die grösste Spezialgesellschaft ist die American Laryngological, Rhinological and Otological Society, welche ebenfalls nur Spezialisten von Ruf zu ihren Mitgliedern wählt. Sie wurde 1895 gegründet und zählte 1909 262 aktive und 24 Ehrenmitglieder. Ihre aktiven Mitglieder gehören allen Unionsstaaten an. Sie hält jedes Jahr eine allgemeine Jahressitzung und hat ausserdem noch 4 Sektionen, eine südliche, östliche, mittlere und westliche, welche ebenfalls für sich Jahres-Meetings abhalten. Der Bericht über diese Jahressitzungen erscheint jährlich in einem grossen Bande.

Dann hat die Amerikanische Medical Association eine eigene Sektion für Laryngologie, Otologie und Rhinologie. Endlich existiert noch die American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology.

Alle diese aufgezählten Gesellschaften haben Mitglieder aus allen 47 Staaten, welche zusammen die vereinigten Staaten bilden. Alle diese allgemeinen Gesellschaften halten nur einmal im Jahre eine grosse Versammlung ab, auf welcher die Fachleute die während eines Jahres gemachten Erfahrungen austauschen.

Ausserdem gibt es noch eine Reihe von lokalen Gesellschaften, welche die Laryngologie und Rhinologie und manchmal auch die Otologie umfassen und in den verschiedenen Grossstädten der Union ihre Sitzungen abhalten. Nicht wenige der hervorragenden Spezialisten gehören mehreren dieser Gesellschaften an. Die Sitzungen der die ganze Union umfassenden Gesellschaften finden gewöhnlich kurz hintereinander in verschiedenen grösseren Städten der Union statt, und zwar im Mai oder Juni. So tagte in diesem Jahre die American Laryngological Association in Boston vom 30. Mai bis 1. Juni, die American Laryngological, Rhinological und Otological Society in Atlantic City vom 3.—5. Juni und die American Medical Association mit ihrer Kehlkopf- und Ohrenabteilung vom 8.—13. Juni ebenfalls in Atlantic City.

Was nun den Verlauf des Meetings der American Laryngological Rhinological und Otological Society anbelangt, von welcher Gesellschaft ich eingeladen worden war, einen Vortrag zu halten, so wurden die Vorträge mit grossem Ernste angehört und die Diskussion darüber streng wissenschaftlich geführt. Viele der Vortragenden zeigten auch Projektionsbilder mit dem Skioptikon. Den Anfang machten Demonstrationen von Instrumenten; dann folgten die Vorträge. Zunächst sprach Dr. Ballenger über die Infektionen und entzündlichen Komplikationen, welche den Operationen in der Nase und im Rachen und in den Nebenhöhlen folgen und in welcher Weise man sich gegen dieselben schützt. Er riet dazu die genaue Reinigung der Nase vor der Operation, dann reine Schnitte bei den

Operationen auszuführen, so dass keine gequetschten Partien zurückbleiben und endlich nach der Operation keinen Tampon einzulegen.

Sehr interessant war der Vortrag Dr. Andersons, welcher über experimentelle Studien betreffs der Wirkung der Nasenverschliessung auf die Atmungsorgane und den ganzen Organismus berichtete. Er stellte seine Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden an. Durch die Nasenverschliessung wurden bei diesen Tieren Asthma und Emphysem erzeugt. Die Haare fielen aus und der ganze Körper magerte ab. Die Tiere wurden viel empfänglicher für Infektionen und die Jungen solcher Tiere waren schwach und entartet. Zahlreiche Lichtbilder förderten sehr das Verständnis.

Die Vorträge von Myles und Richards bezogen sich auf rezidivierende Mandelentzündungen, sowie auf den Zusammenhang zwischen Mandelentzündungen und akutem Gelenkrheumatismus. Es empfehle sich daher die Gaumenmandeln vollständig mit ihrer Kapsel zu entfernen, d. h. die sogenannte Tonsillektomie vorzunehmen. Diese allein sichert gegen Rezidioen der Mandelentzündungen. Sie ist in bezug auf Blutungen wahrscheinlich weniger gefährlich als die bisher geübte Tonsillotomie. Dr. Stucky besprach in anregender Weise die Entstehung von Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Rachens durch intestinale Autoinfektion. Professor Scripture führte in zahlreichen Lichtbildern seine ganz neuen und höchst interessanten Aufnahmen von gesungenen oder gesprochenen Phrasen vor, durch welche er zeigte, dass der verschiedene Charakter derselben Phrase sich deutlich durch kymographische Aufnahmen wiedergeben lässt. Er knüpfte daran interessante Ausführungen über die Gehirnperception von Tönen und Geräuschen, über die Reaktion darauf und über die Regulierung von Gesang und Sprache durch das Gehör. Dr. Goldstein aus St. Louis berichtete ausführlich über einen Fall von Lipom des Kehlkopfes mit Rücksicht auf die Art seiner Entstehung. Höchst interessant waren auch die Vorträge über die Exstirpation der Schilddrüse von Cott und über Laryngostomie von Dr. Chevalier Jakson. Dr. Loeb führte eine Reihe von horizontalen Schnitten von 15 menschlichen Köpfen in Lichtbildern vor, welche die Beziehung des Sehnerven zu den Nebenhöhlen der Nase erläuterten. Er zeigte zugleich geometrische Rekonstruktionen, welche nach dem Studium dieser Schnitte sich anfertigen liessen. Dr. Chappell aus New York sprach über die Frühdiagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Dr. Roy über einen Fall von Sarkom in der Keilbeinhöhle, und Dr. Yankauer aus New York empfahl zur Ausführung der Resektion der Nasenscheidewand einen horizontalen Schnitt, welcher dem

unteren Rande des Nasenloches bis zu der äusseren Wand der Nase folgt. Dadurch wird die Zugänglichkeit zu tief liegenden Cristen und Deviationen sehr erleichtert. Alle diese Vorträge waren von sehr rege geführten Diskussionen gefolgt.

Jedenfalls waren die Verhandlungen dieses Meetings sehr lehrreich und legten Zeugnis ab von der grossen wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit der Mitglieder.

Man muss also nach dem Gesagten anerkennen, dass die Laryngo-Rhinologie in den Unionsstaaten einen hohen Grad von Ausbildung erlangt hat, dass ihre Vertreter eine hervorragende soziale Stellung einnehmen und sehr rege an allen Fortschritten teilnehmen. Der Unterricht wird in zweckmässiger Weise erteilt und an allen medizinischen Fachschulen sind die Studenten verpflichtet nicht bloss an dem theoretischen und praktischen Unterricht teilzunehmen, sondern auch Prüfungen über das Fach abzulegen. So viel ich hörte, wird an vielen Orten die Laryngo-Rhinologie von der Otologie getrennt gelehrt. Ich möchte noch darauf aufmerksam machen, dass alle Operationen unter strengster Asepsis ausgeführt werden, weil eben alle chirurgisch tätigen Ärzte in den Unionsstaaten sich genau an die Regeln der Asepsis halten. Auf diesen Umstand hat auch besonders Dr. Clairmont[1]) (Assistent von Eiselsbergs) aufmerksam gemacht, welcher während eines 7wöchentlichen Aufenthaltes in Amerika konstatierte, dass überall sowohl in grossen Spitälern als in den privaten Räumen der praktischen Ärzte die beste Asepsis in Übung ist. Nicht wenig trägt dazu der Umstand bei, dass alle Ärzte während ihrer Studienzeit verpflichtet sind, Operationen an Tieren vorzunehmen, wobei sie oft in die Lage kommen, Eingriffe im Gehirn, an den Lungen, in der Bauchhöhle und am Herzen auszuführen, welche ohne strengste Asepsis undenkbar sind.

---

[1]) Chirurgische Eindrücke aus Nordamerika. Wien. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 30, 31 u. 32.

Ein Beitrag zu den chronischen Fremdkörperfällen der Lunge.

Von

R. Schilling, Freiburg i. Br.

Mit 1 Tafel und 1 Abbildung im Text.

Nachdem die Killiansche Bronchoskopie durch die unermüdliche Arbeit ihres Begründers eine hohe technische Vervollkommnung und zugleich Vereinfachung des Instrumentariums erfahren hat, haben sich immer mehr Fachkollegen mit dieser Untersuchungsmethode vertraut gemacht und konnten deren grossen Wert in ihrer eigenen Tätigkeit erkennen lernen. Unsere Kenntnisse über die Erkrankungen des Bronchialbaumes erfahren deshalb eine fortwährende Bereicherung, insbesondere nimmt die Zahl der beobachteten Fremdkörperfälle in der letzten Zeit erheblich zu. Wenn es zur Gewinnung eines möglichst vielseitigen Gesamtbildes dieser Erkrankungen wünschenswert erscheint, dass auch die Kollegen, die nur über eine kleine Erfahrung auf diesem Gebiete verfügen, ihre Beobachtungen bekannt geben, so möge von diesem Gesichtspunkte aus die folgende Mitteilung eines Falles aus meiner Praxis gestattet sein, über den ich schon auf der 16. Versammlung Deutscher Laryngologen und dem 29. Oberrheinischen Ärztetag in Freiburg kurz berichtet habe.

Ein 33jähriger Bildhauer wurde mir von einem Kollegen zur Untersuchung seines Kehlkopfes überwiesen. Der Kranke gab an, seit 1/4 Jahr heiser zu sein, ausserdem leide er schon seit nahezu drei Jahren an Atembeschwerden und heftigem quälendem Husten, der besonders morgens nach dem Erwachen sehr stark auftrete, oft stundenlang anhalte und ihn am Beginnen der Arbeit hindere.

Dabei werde ein sehr reichlicher eitriger Auswurf expektoriert, dem häufig Blut beigemischt sei, die Ausatmungsluft habe manchmal einen üblen Geruch. Die Abendtemperatur betrage zeitweise 37,8°. Da diese Erscheinungen den Verdacht auf Tuberkulose erweckten, so sei der Auswurf öfters vom städt. Untersuchungsamte untersucht, aber stets frei von Tuberkelbazillen befunden worden. Im Herbst 1908 habe er eine Lungenentzündung durchgemacht, sonst waren nach Aussage des behandelnden Arztes sowohl von diesem, als von den Kollegen, die ihn vorher behandelt hatten, stets nur geringfügige Veränderungen an der Lunge befunden worden, welche die Beschwerden des Kranken nicht genügend erklärten und das Krankheitsbild rätselhaft erscheinen liessen. Die verschiedensten therapeutischen Massnahmen waren ohne Erfolg geblieben, auch eine von spezialistischer Seite vorgenommene Operation der Nasenscheidewand hatte keinen Einfluss auf seine Atembeschwerden ausgeübt. So habe das Leiden des Patienten immer mehr zugenommen, und seine Gemütsstimmung so sehr getrübt, dass er beinahe zur Verzweiflung und zu Suizidgedanken getrieben worden sei.

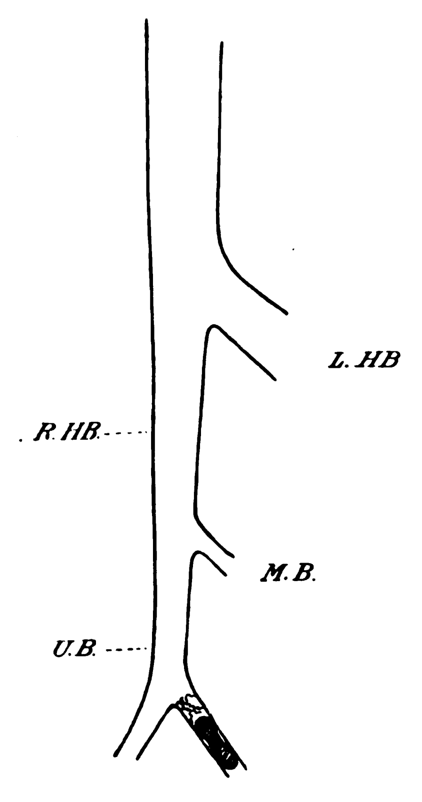
Diese intensiven Klagen, vor allem der quälende Reizhusten und der eitrige und blutige Auswurf, für den jede andere Erklärung fehlte, zumal im Zusammenhalt mit dem gesunden und kräftigen Aussehen des Mannes, erweckten in mir die Vermutung, es könne sich vielleicht um einen Fremdkörper in der Lunge handeln, und auf eine darauf gerichtete Frage erinnerte sich der Kranke in der Tat, dass er im Juli 1906 abends beim Genuss einer nicht durchgesiebten Fleischsuppe ein Knochenstück verschluckt habe. Er habe sofort einen heftigen Schmerz in der Brustbeingegend verspürt und 1/2 Stunde lang schwer mit dem Atem gerungen. Bis zum folgenden Morgen waren jedoch alle Beschwerden nahezu verschwunden, und der noch nachträglich beratende Arzt erklärte, dass das verschluckte Knochenstück wohl den Magendarmkanal passiere und nur im schlimmen Falle etwa noch am Blinddarm Schwierigkeiten machen könne. An die Möglichkeit eines Zusammenhangs des angeblich verschluckten Fremdkörpers mit dem nunmehr schleichend sich entwickelnden Lungenleiden hat niemand gedacht, auch dann nicht, als nach etwa 1/2 Jahre ein kleines schwarzes Knochenstückchen ausgehustet wurde.

Die objektive Untersuchung ergab nur eine leichte Rötung der Stimmbänder und Auflockerung der Kehlkopfschleimhaut. An der Schleimhaut der Unterlippe und der Mundwinkel Leukoplakia buccalis. Der Lungenbefund war perkutorisch normal, auskultatorisch war an der rechten Lunge eine deutliche Abschwächung des Atemgeräusches in einem scharf umschriebenen, dem rechten Unterlappen angehörenden Bezirke hörbar und bei tiefen Atemzügen auch ein inspiratorisches und exspiratorisches Giemen.

Bei der Röntgenuntersuchung, die Herr Professor Reerink auf meine Veranlassung die Freundlichkeit hatte vorzunehmen, sah man im Platincyanür-Schirm über dem beiderseits gleich gut beweglichen Zwerchfell ca. 4 cm oberhalb der Zwerchfell-Kuppe zwei deutliche kleine Schatten, die sich gleichzeitig mit der Atmung auf und ab bewegten, ein grösserer stärkerer und ein kleinerer schwächerer etwas nach unten und aussen davon. Dagegen war auf der Röntgen-Photographie nur der grössere Schatten im 8. Interkostalraum erkennbar (s. Tafel).

Auf Grund dieses Röntgenbildes und der Anamnese habe ich am 3. V. 1909 die Bronchoskopie mit dem Killian-Brüningsschen Instrumentarium nach vorheriger Morphium-Einspritzung unter Lokal-

Anästhesie in sitzender Stellung des Patienten vorgenommen. Das Rohr gleitete relativ leicht in den rechten Hauptbronchus, der die nahezu gerade Fortsetzung der Trachea bildete, und sich nach Abgang des Mittellappen-Bronchus in den Unterlappen-Bronchus fortsetzte. Dieser letztere teilte sich in der Tiefe in zwei kleinere Äste, einen lateralen und einen medialen. Etwas unterhalb der Abgangsstelle des letzteren sah man das Lumen des Bronchus durch stark gerötete Granulationen verlegt. Aus deren Mitte ragte ein weissliches Gebilde hervor, das man zunächst für die Spitze eines Fremdkörpers halten konnte, das sich jedoch nach seiner Entfernung mit der Pinzette als ein kleines walzenförmiges — bei der späteren histologischen Untersuchung mehrschichtiges Plattenepithel aufweisendes — Papillom herausstellte. Während der Entfernung der übrigen, weicheren Granulationen kam mir des öftern ein jauchiger Luftstoss entgegen, welcher das Vorhandensein noch tiefer liegender Veränderungen anzeigte. Jedoch fasste die wiederholt eingeführte Pinzette immer wieder nur Granulationen. Schliesslich musste die



Sitzung wegen der stärker werdenden Blutung und Abnahme der Anästhesie abgebrochen werden. Der Patient fühlte sich jedoch nach diesem Eingriff relativ wohl und expektorierte nachträglich nur sehr wenig Blut.

Ich benutzte nun die Zeit bis zur nächsten Sitzung, um mir ein konisch auf 8 mm sich verjüngendes Rohr anfertigen zu lassen, da das benützte mit 9 mm Innenlichtung nicht nahe genug an den kleinen Bronchus herangebracht werden konnte.

Zwei Tage später führte ich die zweite Bronchoskopie in derselben Weise aus und konnte mit dem neuen Rohre weiter gegen das Lumen des kleinen Bronchus vordringen. Zunächst waren wieder nur Granulationen zu sehen; nach Entfernung derselben und wieder-

holtem Abtupfen des Blutes und herauftretenden Sekretes sah ich endlich die obere Kuppe eines dunklen Körpers, der von der Umgebung nur schwer zu unterscheiden war. Nach mehrmaligem Einführen der neuen verschieblichen Brüningsschen Pinzette, deren Branchen jedoch stets abgleiteten und auseinander wichen, gelang es schliesslich mit der älteren Killianschen Bohnenzange die Branchen derselben soweit über den Fremdkörper vorzuschieben, dass er gefasst und durch das Rohr hindurch herausgezogen werden konnte. Dabei hatte ich die 42 cm lange Zange bis zu ihrem Griff in die Rohrmündung einführen und ihre ganze Länge ausnützen müssen, da der Fremdkörper 39 cm von der Zahnreihe entfernt stak. Es handelte sich um ein spongiöses Knochenstückchen von Sanduhrförmiger Gestalt, von 1,6 cm Länge und ca. 0,7 cm Dicke, das von Granulationen durchwachsen war und an seinem peripheren Ende noch weit abstehende sehnig-fleischige Fasern zeigte.

Der Patient, der durch sein mutiges Ruhighalten viel zum Gelingen der Operation beigetragen hatte, erholte sich von diesem Eingriff bald, nachdem er allerdings zuerst sehr angegriffen war und eine vorübergehende Kokain-Intoxikation gezeigt hatte. Anfangs empfand er das Einströmen der Luft in den nunmehr ventilierten Lungenabschnitt als unangenehmes Kältegefühl, das sodann durch Vorlegen von in heisses Wasser getauchten Läppchen vor Mund und Nase behoben werden konnte.

Der weitere Verlauf war sehr günstig, schon nach zwei Tagen reiste der Patient, der sich wie neugeboren fühlte, nach dem Schwarzwald wieder seinen Geschäften nach. — Nach 4 Wochen betrug die Menge des früher enorm reichlichen Auswurfs nur noch 30 ccm., 10 Wochen nach der Extraktion nur noch 10 ccm. Die Röntgen-Durchleuchtung zeigt jetzt nichts mehr von einem Schatten, auch der zweite schwächere Schatten ist verschwunden, der, wie ich durch einen Versuch feststellen zu können glaubte, durch die von dem Knochenstück ausgehenden Fleischfasern bedingt gewesen war. Die am 6. VII. vorgenommene nochmalige Bronchoskopie ergab, dass der Bronchus, in welchem der Fremdkörper gesteckt war, wieder ein völlig normales Aussehen und glatte Epidermisierung der vorher in so grosser Ausdehnung arrodierten und mit Granulationen bedeckten Wandung zeigte. Wir können demnach den Patienten wohl als geheilt betrachten.

Nachträglich muss ich noch erwähnen, dass die Leukoplakia buccalis und ebenso zwei an symmetrischen Stellen beider Unterschenkel aufgetretene und mit Hinterlassung von pigmentierten Narben

geheilte, pemphigusartige Blasen wohl als tertiär luetische Erscheinungen aufzufassen sind, da die vor kurzem von Dr. Täge vorgenommene serologische Untersuchung des Blutes einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion ergab. Meine früher ausgesprochene Vermutung, dass die Erscheinungen der Mundschleimhaut (Patient klagte seit ca. 1/4 Jahr über zeitweise auftretende eitrige, schmerzhafte Bläschen im Munde) und die Blasen an den Unterschenkeln septischer Natur, ausgehend von dem Fremdkörper sein könnten, wird demnach durch das Ergebnis der Wassermannschen Reaktion unwahrscheinlich gemacht.

Wenn wir diesen Fall noch einmal überblicken, so drängt er uns zunächst die Mahnung auf, überall da, wo die Anamnese nur den geringsten Verdacht auf einen Fremdkörper erweckt, stets nach einem solchen zu fahnden, auch dann, wenn wir von dem Kranken nichts von einer Fremdkörper-Aspiration erfahren, sei es, dass er überhaupt nichts davon weiss, oder dass ihm, wie in unserem Falle der Zusammenhang seines Leidens mit derselben nicht zum Bewusstsein gekommen ist. Wenn wir hören, dass jemand seit einer gewissen Zeit heftig hustet und Eiter und eventuell Blut auswirft, ohne dass eine andere Ursache, namentlich Tuberkulose nachzuweisen ist, so müssen wir die Möglichkeit eines Fremdkörpers mit in Betracht ziehen. Es ist dies ein Moment, auf das Killian wiederholt aufmerksam gemacht hat. Wir müssen dann die wertvollen und sich gegenseitig ergänzenden Untersuchungsmittel der Bronchoskopie und der Röntgendurchleuchtung (resp. Röntgenphotographie) heranziehen, wobei allerdings der Hauptnachdruck auf die Bronchoskopie zu legen ist, da die Röntgenuntersuchung, namentlich bei spongiösen Knochen und bei linksseitiger Lage des Fremdkörpers infolge Verdeckung durch den Herzschatten negativ ausfallen kann.

Weiterhin ist unser Fall ein Beispiel dafür, dass die Prognose nach Entfernung von Knochenstücken aus der Lunge, auch wenn sie mehrere Jahre dort gelegen hatten, dennoch in bezug auf die definitive Heilung günstig ist. Diese Erfahrung wird auch durch die grosse Sammelforschung von Herrn Professor von Eicken bestätigt, der mehr als 300 Fremdkörperfälle, darunter 45 Knochenaspirationen mit etwa 12 chronischen Fällen, zusammenstellen konnte und mir schon vor ihrer Veröffentlichung in liebenswürdigster Weise darüber Mitteilung gemacht hat. In allen Fällen ist da, wo es gelang, das Knochenstück zu entfernen Heilung oder eine der Heilung nahe kommende Besserung eingetreten. Aber auch in den ungünstigen Fällen, wo sich durch das Verweilen des Fremdkörpers besonders erschwerende Komplikationen (Stenosen, Kavernen, Lungenabszesse etc.) herausge-

bildet haben, wie dies namentlich bei solchen Fremdkörpern beobachtet worden ist, die einen starken zirkulären Druck auf die Bronchialwand ausüben — z. B. Tapeziernägeln, Kragenknöpfen und dergleichen —, auch in solchen schwierigen Fällen wird man jetzt nach dem Vorgange von Killian versuchen durch eine Nachbehandlung auf bronchoskopischem Wege, namentlich durch Bougierung der Stenosen eine Heilung oder Besserung der Lungenerscheinungen herbeizuführen.

Aus der Basanowaschen Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Universität in Moskau.

Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfs[1].

Von

Privatdozent Alexander Iwanoff.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die Chirurgie des Kehlkopfs bereicherte sich im Laufe der letzten 1½ Jahre noch um eine Operationsmethode zur Beseitigung der Verengerungen des Kehlkopfs und der Luftröhre, welche zuweilen nach Intubation und Tracheotomie bleiben, meistens bedingt durch narbige Verwachsungen; sie waren bis jetzt für fast unheilbar gehalten. Diese Methode, die sorgfältig von Sargnon und Barlatier ausgearbeitet, von ihnen Laryngostomie genannt wird, besteht in Spaltung des Kehlkopfs allein oder mit den oberen Ringen der Trachea und in Offenhalten dieses Spaltes auf lange Zeit, während der man die narbigen Verengerungen mit Kautschukröhrchen von immer grösserem Diameter allmählich dilatiert, bei anderen Veränderungen des Kehlkopfs, wie z. B. bei Papillomen oder submukösen Infiltraten wird die entsprechende Behandlung des gespaltenen Kehlkopfs durchgeführt.

Solche „offene" Behandlung des Kehlkopfs war von verschiedenen Autoren schon vor Sargnon angewandt; so 1898 von Ruggi in zwei Fällen von Papillomen und in einem von syphilitischer Verengerung des Kehlkopfs. Canepele (1907) benutzte sie in einem Falle von Verengerung nach Perichondritis des Kehlkopfs. Jaboulay versuchte (1899) aber ohne Erfolg diese Operationsmethode in einem Falle syphilitischer Verengerung des Kehlkopfs. Killian machte die Laryngostomie in drei Fällen schwerer Verengerung des Kehlkopfs und er hat auch zuerst die methodische Dilatation mit Gummiröhrchen angewandt.

---

[1]) Nach einem Vortrag auf dem I. Russischen oto-laryngologischen Kongresse (Petersburg 26.—30. Dezember 1908).

Mikulicz und Pieniazek liessen die Spalte nach der Laryngofissur auf lange Zeit offen zu wiederholter Exzision von submukösen Infiltraten nach Perichondritis.

In unserer Klinik liessen von Stein[1]) und Kaspariany im Jahre 1898 in einem Falle von narbiger Verengerung des Kehlkopfs die Wunde nach Laryngofissur offen und haben durch diese eine methodische Dilatation mit Gazetampons ausgeführt.

Obgleich man Versuche einer offenen Behandlung des Kehlkopfs in einzelnen Fällen vor Sargnon und Barlatier finden kann, so ist doch kein Zweifel, dass ihnen die Ehre der Feststellung dieser Operationsmethode gebührt, die sie sorgfältig technisch und klinisch bearbeiteten, sie machten die grösste Zahl solcher Operationen, popularisierten die Methode und haben die Aufmerksamkeit der Laryngologen und Chirurgen darauf gelenkt.

Seit der Publikation der ersten Arbeit von Sargnon und Barlatier im August 1907 in Revue Hebdomadaire de Laryngologie etc., Nr. 32, wo sie von 5 Fällen berichten, bis Oktober 1908 (Revue Hebdom., Nr. 44) berichten sie schon von 41 Operationen. Ich selbst habe die erste Laryngostomie im Oktober 1907 gemacht. Alle meine 8 Fälle stellten dauernde Verengerungen des Kehlkopfs und der Trachea bei Perichondritis des Kehlkopfs nach Typhus abdominalis und Lues dar.

Die Wiederherstellung des normalen Lumens der Luftröhre nach Perichondritis des Kehlkopf fordert, wie meine Erfahrung gezeigt hat, ein ganz besonderes technisches Verfahren, verschieden von dem, welches von Sargnon bei narbigen Verengerungen angewendet war; die Erkrankung des Knorpelgerüstes schafft Schwierigkeiten für die Herstellung des Lumens, mit denen man gar nicht zu rechnen hat bei narbigen Verengerungen.

Diese traurigen Eigentümlichkeiten der perichondralen Stenosen des Kehlkopfs und der Trachea bestehen darin, dass man es dabei nicht mit Narbengewebe zu tun hat — die Schleimhaut ist gewöhnlich ganz erhalten — sondern mit grossen, zuweilen sehr derben submukösen Infiltraten, die sich in Form von Wülsten an der Hinter- und Seitenwand ausdehnen — oder ein unregelmässig hügeliges Aussehen haben.

In Betracht der Neuheit und Kompliziertheit der Laryngostomie wie zum besseren Verständnis der Eigenheiten dieser Operation bei

---

[1]) Ein Fall von seltener narbiger Verengerung des Kehlkopfs und des oberen Teils der Luftröhre bis zu fast völliger Unwegsamkeit. Laryngotracheofissur. Entfernung des Narbengewebes mit folgender Dilatation. Genesung. Arbeiten der Basanowaschen Klinik der Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses in Moskau. Bd. I. 1903.

Perichondritis halte ich es für nützlich, zuerst das Bild der typischen Operation zu entwerfen, wie sie von Sargnon und Barlatier bearbeitet war.

Die Laryngostomie setzt sich bei den narbigen Verengerungen des Kehlkopfs und der Trachea aus vier Akten zusammen:

I. Spaltunng des Kehlkopfs: Allgemeine Narkose, in Rosescher Lage. Hautschnitt in der Mittellinie vom oberen Rande des Schildknorpels bis zur Trachealfistel; dann Weichteilschnitt bis zum Knorpel; Spaltung der Trachea und des Kehlkopfs von unten nach oben mit einem, in die Trachealfistel eingeführten Knopfmesser. Den gespalteten Kehlkopf zieht man langsam mit Haken auseinander und orientiert sich bezüglich der Lage des Narbengewebes; meistenteils befinden sich die Narben im Gebiete des Ringknorpels, zuweilen im ganzen Kehlkopf. Sie werden in der Mittellinie bis zur hinteren Wand vorsichtig durchschnitten, um den Schlund nicht zu verletzen. Das Narbengewebe wird nur durchschnitten, nicht ausgeschnitten. Dann legt man die Nähte an die Wundränder, drei an jede Seite. Die Nähte gehen durch Knorpel, Muskeln und Haut und fixieren die letztere an die Wundränder.

Die Wunde wird gesäubert, in ihren unteren Teil, in die Trachea wird die gewöhnliche oder etwas von Rabot veränderte Kanüle eingesetzt; und in den oberen Teil wird das Kautschukröhrchen gelegt. Man nimmt Röhrchen aus rotem Kautschuk, Nr. 15 bis 20 (Charier), 5 bis 6 cm lang. Die Ränder des Röhrchens werden über der Flamme abgerundet, das Röhrchen wird mit Gaze fest ausgestopft und mit einem Faden an die Kanüle geknüpft.

Über die in den Kehlkopf gelegte Kautschukröhre wird mit Vaseline benetzte Gaze und dann ein gewöhnlicher Verband gelegt.

II. Der zweite Akt erscheint als der wichtigste für den Erfolg der Operation; während dieser Periode muss man neben sehr sorgfältiger Wundbehandlung eine methodische und allmähliche Ausweitung des Kehlkopfs ausführen.

Man erreicht diese mit Hilfe von Kautschukröhrchen, deren Kaliber progressiv vergrössert wird. Diese Vergrösserung muss jedesmal auf eine bis zwei Nummern beschränkt werden. Der Wechsel der Röhrchen wird während des ersten Monats täglich gemacht, dabei wird, wenn die abgestorbenen Teile des narbigen Gewebes noch nicht abgefallen und die Oberfläche der Wunde noch eitert, dieselbe Nummer eingesetzt; sobald die Wunde rein wird, geht man zu der folgenden Nummer über. Vom zweiten Monat an kann man die Kautschukröhrchen nach einem bis drei Tagen wechseln, und noch später kann man sie eine ganze Woche liegen lassen. Für Kinder wird empfohlen

bis zu Nr. 30 der Skala (Charier) zu gehen, für Erwachsene Nr. 40 und selbst 45. Die Länge der eingeführten Röhrchen muss genau so berechnet sein, dass ihr oberer Rand nicht höher als die Aryknorpel reicht und in den Fällen, wo die Stimmlippen frei sind, müssen die Röhrchen nicht höher als diese reichen.

Man unterscheidet drei Stadien des Wundverlaufs: 1. das der Nekrotisierung, 2. das des Granulierens, 3. das der Epidermisierung. Die erste Zeit nach der Operation schmilzt das Narbengewebe unter dem Druck des Kautschuks ein.

Diese Periode erscheint ziemlich lebensgefährlich, weil durch Aspiration des Eiters Pneumonie entstehen kann; deshalb ist besonders sorgfältige Pflege der Wunde und ihre Reinigung mit H_2O_2 nötig.

Nach Abfall des abgestorbenen Gewebes granuliert die Wundfläche, dann erfolgt ihre Epidermisierung von der Haut und der normalen Schleimhaut aus; hier hat man oft die üppigen Granulationen zu kauterisieren und die Epidermisierung zu überwachen.

Wenn an Stelle der früheren Verengerung sich ein breiter Kanal mit normaler Schleimhaut bildet, hört das Einführen der Kautschukröhrchen auf; man beobachtet, ob nicht wieder eine Verengerung entsteht; wenn das geschieht, sind während einiger Zeit die Röhrchen von neuem einzuführen. Kann der Operierte längere Zeit ohne Röhrchen atmen, auch bei geschlossener Trachealöffnung, so beginnt man die plastische Bedeckung des Defekts des Kehlkopfs und der Trachea.

III. A u t o p l a s t i k. Um ein Rezidiv der Verengerung zu verhüten, empfiehlt es sich, die Plastik möglichst spät, nicht früher als sechs Monate nach Aufhören des Einführens der Röhrchen zu machen. Wenn zu dieser Zeit von der Laryngotomiewunde nur ein enger Spalt bleibt, so kann man ihn durch einfaches Anfrischen der Ränder und Naht schliessen; wenn kein Spalt, sondern eine relativ kleine Offnung bleibt, so kann man sie mit zwei Hautlappen nach der Methode G l u c k s decken; von einer Seite der Öffnung löst man einen Hautlappen und biegt ihn so über die Öffnung, dass die Haut nach innen liegt und mit dem anderen, grossen Lappen bedeckt man die erhaltene Wundfläche.

Grosse Defekte der Wand des Kehlkopfs und der Trachea bedeckt man mit Hautknochenlappen aus dem Brustbein oder Schlüsselbein oder wendet die Chondroplastik nach M a n g o l d t an. Allein es ist besser diese Deckung des Defekts der Trachea, besonders bei Kindern, nicht ganz vollständig zu machen, sondern eine kleine Sicherheitsöffnung unten zu lassen; sie ist nötig, weil bei Erkrankung des Operierten an Masern, Keuchhusten oder irgend einer anderen Krankheit sich durch Schwellung der Luftwege eine zeitweilige Verengerung

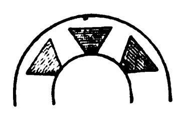
bilden kann, die die Einführung einer Kanüle nötig macht, was durch die Sicherheitsöffnung leicht geschehen kann.

Sehen wir jetzt, wie sich in den einzelnen Perioden diese Operation bei perichondralen Stenosen modifiziert:

Erster Akt. Indem man wie auch sonst den Kehlkopf und die Trachea bei perichondralen Stenosen eröffnet, kann man in manchen Fällen die Eiterhöhlen und fistulösen Gänge öffnen, welche entweder an der Seite des Kehlkopfs und der Trachea oder hinten sich befinden; solche Eiterhöhlen und Gänge reinigt man sorgfältig mit dem scharfen Löffel. In anderen Fällen (besonders bei syphilitischen Perichondritiden) findet man tiefe Geschwüre, welche man auch sorgfältig auskratzt. Zugleich mit den Geschwüren können sich grosse submuköse Verdickungen zeigen, welche den Kehlkopf und die Trachea ausfüllen. Das wiederholte Ausschneiden solcher submukösen Wülste führte ich in meinen ersten zwei Fällen während der zweiten Operationsperiode aus; ich begann damit nach dem Heilen der Eiterhöhlen und wenn ich überzeugt war, dass sie sich unter dem dauernden Drucke der Kautschukröhrchen nicht verkleinerten. Später begann ich sie direkt nach Spaltung des Kehlkopfs und Reinigung der Eiterhöhlen auszuschneiden; das verkürzt bedeutend die lange Dauer des Heilungsvorgangs Nach Reinigung der Eiterhöhlen und Geschwüre und Entfernung der Wulstungen tamponiert man die Kehlkopfhöhle und die Trachea fest mit Xeroformgaze und in die Trachea setzt man eine Kanüle ein.

Zweiter Akt. Bei narbigen Verengerungen wird die Erweiterung des Atmungsrohres durch Kautschukröhrchen erzielt unter deren Druck das Narbengewebe einschmilzt.

Nach Analogie dessen könnte man eine gleiche Wirkung auf die submukösen Infiltrate bei Perichondritiden des Kehlkopfs erwarten, aber schon bei den ersten zwei Fällen sah ich, dass selbst das dauernde (1 bis $1^{1}/_{2}$ Monate) Verbleiben des Röhrchens keinen merkbaren Einfluss auf diese Infiltration geltend machte. Erst nach wiederholten Exzisionen trat Erweiterung ein. Die Exzision der submukösen Wülste macht man unter lokaler Anästhesie keilförmig, indem man möglichst wenig die oberen Schichten, welche mit Schleimhaut bedeckt sind, und mehr die tiefen Teile entfernt. Aus der schematischen Zeichnung (Fig. 1) ist meine Methode der Exstirpation leicht zu verstehen; man bekommt damit sehr kleine Epitheldefekte, die sich nach einigen Tagen ganz ersetzen.

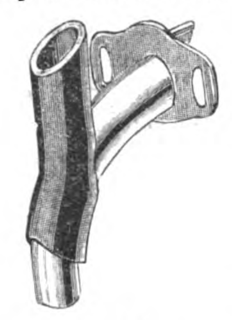


Figur 1.

Das untere Ende des Röhrchens befestigte ich zuerst nach Sargnon mit einem Faden an der Kanüle, aber es zeigte sich, dass diese

Fixation sehr unvollkommen war, da das Röhrchen leicht seinen Platz verlässt. Ich fixierte dann das Röhrchen so, dass in die untere Hälfte des Röhrchens eine runde Öffnung, durch welche die Kanüle durchgezogen wird, ausgeschnitten wurde (s. Fig. 2). Wenn man eine gefensterte Kanüle nimmt, so erhält der Kranke die Möglichkeit, durch den Mund zu atmen. Später habe ich aus der Literatur ersehen, dass Fournier[1]) ähnlich vorgeht.

Alsdann hat mir die Erfahrung gezeigt, dass auch diese Kombination ihre Unbequemlichkeiten hat; erstens wird die Länge der Operationswunde mit der Zeit immer geringer und das Einführen der verbundenen Röhren immer beschwerlicher; zweitens liegen die hinteren Flächen des Röhrchens und der Kanüle nicht in derselben Ebene; zwischen ihnen bildet sich eine Abknickung nach hinten. Deshalb habe ich bald dieses Röhrensystem verlassen und führte das Kautschukröhrchen allein ein; sie wurde von mir in folgender Weise fixiert: auf ihrer vorderen Fläche wurden ungefähr in der Mitte zwei Parallelschnitte gemacht, durch die der Gazestreifen hineingeführt wird; die Enden dieses Streifens wurden hinten am Halse gebunden. Was die Dicke der Kautschukröhrchen betrifft, so benutzte ich nur drei Nummern: 35, 40, 45.



Figur 2.

Die plastische Bedeckung des laryngotrachealen Spaltes bei Perichondritiden des Kehlkopfs hat mehr Schwierigkeiten als bei narbigen Verengerungen, weil man es hier mit mehr oder weniger grossen Defekten der Knorpel des Kehlkopfs und der Trachea zu tun hat.

Die Deckung der grossen Defekte der vorderen Wand der Luftröhre mit einem Hautlappen allein wird nicht fest genug; hier ist es zweckmässiger, einen Knochenhautlappen aus dem Brust- oder Schlüsselbeine zu nehmen oder sich der Chondroplastik nach Mangoldt zu bedienen. Die Erfahrung zeigte, dass Knochen-Hautlappen oft nekrotisieren; deshalb ist die Chondroplastik vorzuziehen. Mangoldt liess bekanntlich zur Deckung des Defektes ein Stück Rippenknorpel samt Perichondrium unter die umgebende Haut einheilen. Zu demselben Zwecke bediente ich mich in einem Falle eines Stückes aus dem Knorpel der Nasenscheidewand. Dazu löste ich die Schleimhaut der Nasenscheidewand von beiden Seiten ab, indem ich das Perichondrium am Knorpel liess, und nahm ein Knorpelstück von $1^1/_2$ Quadratzentimetern heraus. Die Vorzüge des Knorpelplättchens aus der

[1]) **Revue Hebdom.** 1908, 30. Mai.

Nasenscheidewand vor dem der Rippe sind nach meiner Meinung folgende:

1. Der Knorpel der Nasenscheidewand ist von zwei Seiten mit Perichondrium bedeckt, nicht nur von einer, wie der Rippenknorpel, wodurch er leichter an dem neuen Platze einheilen kann. (In der Literatur haben wir in der Tat Beispiele, dass der implantierte Rippenknorpel zuweilen abstarb.) 2. Der Nasenknorpel hat ebene Flächen und gleichmässige Dicke, was man nicht immer von dem ausgeschnittenen Rippenplättchen erwarten kann. 3. Die Vaskularisation des Nasenknorpels ist reicher als die des Rippenknorpels, was mehr Garantie für das Einheilen leistet.

Der unschädliche Defekt des Septums kann später plastisch gedeckt werden. Den Zwecken der Plastik wird natürlich eine stark deformierte Nasenscheidewand nicht dienen können.

Die Indikationen zur Laryngostomie können sehr verschieden sein; es sind: 1. alle Fälle von Stenose des Kehlkopfs und der Trachea nach Tubage und Tracheotomie; 2. Stenosen nach Perichondritiden und Chondritiden des Kehlkopfs und der Trachea; 3. rezidierende Papillome des Kehlkopfs und endlich 4. alle Fälle, wo offene Behandlung des Kehlkopfs angezeigt wäre (zum Beispiel Geschwüre, Neubildungen).

Was die Indikation bei Perichondritis betrifft, so erfordert ein wesentlicher Umstand weitere Ausführung. Sargnon und Barlatier bestehen darauf, dass man immer à froid operiere, nachdem alle entzündlichen Erscheinungen, welche die Stenose verursachen, verschwunden sind, allerdings sagen sie das hauptsächlich im Hinblick auf die narbigen Veränderungen nach Diphtherie, Scharlach und anderen Infektionskrankheiten. Pieniazek sagt: „Ich muss nur vor zu frühzeitiger Vornahme der Dilatation warnen, die, so lange die Perichondritis noch nicht gänzlich abgelaufen ist, zur Rekrudeszenz des entzündlichen Prozesses Anlass geben kann. Man muss abwarten, bis alle Reaktionserscheinungen vollständig geschwunden sind.“

Danach könnte man den Schluss ziehen, dass man bei Perichondritiden des Kehlkopfs auch möglichst spät laryngostomieren muss. Meine Erfahrung führt zu etwas anderen Schlüssen.

Erstens fand ich unter den Fällen, wo ich die Laryngostomie mehr als sechs Monate nach dem Anfange der Kehlkopfkrankheit ausgeführt habe, wo die Temperatur lange Zeit normal war, wo keine schmerzhaften Empfindungen mehr waren, bei der Operation einen Abszess in dem Kehlkopfe, der Eiter hatte sich zwischen Knorpel und Knorpelhaut ausgebreitet und so zu grösseren Affektionen geführt.

Wenn man in solchen Fällen den Abzsess früher eröffnet hätte, würden die Veränderungen wahrscheinlich kleiner gewesen sein.

In einem Falle von Perichondritis nach Abdominaltyphus habe ich bei 38,0 bis 38,5 operiert, einen grossen Abszess zur Seite des Kehlkopfs gefunden, und die Temperatur ist bald nach der Operation bis zur Norm gefallen. Es ist schwer, sich vorzustellen, was geschehen wäre, wenn man hier die Zeit zur Operation à froid hätte verstreichen lassen. „In der Eröffnung des Abszesses haben wir das beste Mittel, dem Fortschreiten der Perichondritis eine Grenze zu setzen, indem sonst das Perichondrium nicht bald durchbrochen und somit durch den Eiter vom Knorpel weiter abgehoben wird", so Pieniazek. Den Abszess zu finden und rechtzeitig zu entleeren, ist nur bei eröffnetem Kehlkopf möglich.

Welche Resultate hat mir nun die Laryngostomie bei perichondralen Stenosen des Kehlkopfs ergeben?

Von acht Operierten ist bei vier die normale Atmung am Ende des Jahres 1908 völlig wieder hergestellt; sie atmen ganz frei bei geschlossener Trachealöffnung, können den ganzen Tag ohne Kanüle bleiben; aber die stellenweise des Knorpels beraubten Wände der Luftröhre sind noch nicht fest genug und fallen leicht zusammun; deshalb ist es nützlich, von Zeit zu Zeit Kautschukröhrchen einzuführen; zwei von diesen Kranken haben eine etwas festere Luftröhre und bei ihnen kann man bald die plastische Deckung des Defektes der vorderen Wand machen. Was die Funktion des Kehlkopfs anbetrifft, so sprechen sie alle mit lautem Flüstern und einer von ihnen kann deutlicher mit tiefer Bassstimme sprechen. Drei, relativ nicht lange Operierte befinden sich noch in der zweiten Periode (Tamponade der Abszesshöhlen, Dehnung mit Röhrchen), ein Kranker mit vielen Trachealgeschwüren und tiefen Abszessen am Halse ist zugrunde gegangen.

Solche Resultate können auf den ersten Blick nicht glänzend erscheinen — kein völlig abgeschlossener Fall nach mehr als einjähriger Behandlung. Die Aufgaben der Behandlung bei Kranken mit Stenosen des Kehlkopfs und der Trachea sind verschieden in den beiden aufeinanderfolgenden Phasen; die erste ist die, die Stenose zu beseitigen, die Möglichkeit des normalen Atmens wieder herzustellen; die zweite den Kranken von der Kanüle zu befreien und die Öffnung des Atmenkanals zu schliessen. Die erste Aufgabe ist bei vieren meiner Kranken durchgeführt, die Vollendung der zweiten gehört der Zukunft.

Sargnon und Barlatier die die Laryngostomie seit 1905 anwandten, konnten Ende 1908 nur bei zweien ihrer Kranken von 12 die Öffnung bedecken und dabei hatte keiner von ihren Fällen eine Nekrose des knorpligen Kehlkopfskeletts. Damit verglichen können

die Resultate, die von mir im Laufe eines Jahres erhalten waren, zudem bei Kranken mit Nekrose der Knorpel, bei denen sich deshalb schwerere Bedingungen für die Wiederherstellung eines starren Luftkanals fanden, als ermutigend angesehen werden und sie geben das Recht, die Laryngostomie bei allen Arten von schwerer Stenose des Kehlkopfs und der Trachea warm zu empfehlen.

Es wäre sehr ermüdend, alle Krankengeschichten mit den täglichen Beobachtungen und Massnahmen während eines Jahres und noch mehr vorzuführen, obgleich nur eine solche detaillierte Darstellung zeigen könnte, was von Tag zu Tag zu tun ist.

Der ganze Erfolg der Behandlung liegt in Kleinigkeiten, in Einzelheiten, in rastloser aufmerksamer Beobachtung, in grosser Geduld und Energie. „Le traitement est fait d'une quantité de petits détails de technique, qui doivent être appropriés à chaque cas en particulier . . . . C'est la condition essentielle de succès; pour l'obtenir il faut le vouloir et le vouloir absolument, car souvent on se lutte à des difficultés inattendues, qu'il faut rationellement combattre“ (Sargnon et Barlatier).

Zur Illustration führe ich nur einen Fall an.

1. Jwan . . . . Februar 1907 Abdominaltyhpus. April ist wegen Atemsbeschwerden die Tracheotomie gemacht worden. Den 22. Oktober trat er in die Klinik ein.

Die Laryngoskopie zeigt, dass die Stimmspalte von geschwollener Schleimhaut ganz geschlossen ist. Die Beweglichkeit der Aryknorpel ist beschränkt.

Bei geschlossener Trachealöffnung geht die Inspiration mit grosser Mühe vor sich und wird von Pfeifen begleitet, Exspiration aber ist ganz unmöglich.

Operation am 29. Oktober. Nach Spaltung der Trachea und des Kehlkopfs mit in die Trachealöffnung eingeführtem Messer ergoss sich Eiter; der eröffnete Raum war aber noch nicht der Kehlkopfraum, von dem ihn eine Schleimhautwand trennte. Nach Spaltung derselben sah man, dass die Schleimhaut der hinteren und seitlichen Wände des Kehlkopfs und der Trachea stark geschwollen sind, keine narbigen Veränderungen zu finden; auf der rechten Seite des Schnittes öffnete sich ein Fistelgang, der in einen grossen zur Seite des Kehlkopfes und der Trachea liegenden Hohlraum führte; bei Auskratzen dieser Höhle ist nekrotischer Knorpel zu fühlen; eine andere nicht so grosse Höhle befindet sich auch auf der linken Seite der Trachea. In die ausgekratzten Höhlen wird Xeroformgaze eingeführt. Der Kehlkopfraum wird mit eng zusammengerollter trockener Xeroformgaze ausgefüllt; in die Trachea wird eine Kanüle gelegt.

So hat die Operation gezeigt, dass in diesem Falle eine Perichondritis und Chondritis der rechten Schildknorpelplatte, des Ringknorpels und der oberen Ringe der Trachea vorhanden war, welche den Abszess neben dem Kehlkopfe gebildet und die Schleimhaut abgehoben hat.

Bei den weiteren täglichen Verbänden wurden die Tampons der Abszesshöhlen und des Kehlkopfraumes gewechselt; vom dritten Tage an wurde ein Kautschukröhrchen Nr. 30 der Charierschen Skala und später die oben beschriebene Kombination des Kautschukröhrchens mit der Kanüle eingelegt. Un-

gefähr nach einem Monate sind die Abszesse geschlossen und nun wurde die ganze Aufmerksamkeit auf Wiederherstellung und Erweiterung des Kehlkopfraumes verwendet. Mehrmals wurden unter lokaler Anästhesie die vorhandenen Wülste ausgeschnitten. Besonders war es nötig, in der Gegend der Stimmbänder ausgiebig zu exzidieren. Jedesmal nach der Exzision wurde in gleicher Weise Kanüle mit Kautschukröhrchen in Kehlkopf und Trachea eingeführt.

Als Resultat aller dieser Exzisionen formierte sich zum Februar des Jahres 1908 ein ziemlich breiter Kanal mit glatten Wänden. Seit dieser Zeit beginnen die Versuche, den Kranken ganz ohne Röhrchen und Kanüle zu lassen. Anfangs versuchte ich den Defekt der Trachea mit Pflaster zu bedecken, aber es wurde beim Einatmen in das Lumen des Kanals hineingezogen und dieser dadurch bedeutend verengt; dann fing man an, den Defekt ganz offen zu lassen. Die ersten Tage konnte der Kranke kaum 1½—2 Stunden ohne Kanüle bleiben, dann erschienen die Atembeschwerden von neuem. Bei Untersuchung der Ursache dieser Beschwerden ergab sich, dass die hintere Wand der Trachea sich vorwölbte, so dass sie die vordere Wand an dem unteren Rande des Defektes berührte. Als ich einige Tage in die Trachea nur eine Fensterkanüle legte, bemerkte ich, dass der obere Teil des Kanals während dieser Zeit zusammengefallen und das Atmen bei geschlossener Kanüle unmöglich geworden war.

Es war klar, dass, obgleich sich aus dem Kehlkopfe und dem oberen Teile der Trachea ein ziemlich breiter, glattwandiger Kanal formiert hatte, doch seine des harten Knorpelgerüstes beraubten, stellenweise nur aus weichen Geweben bestehenden Wände nicht die nötige Festigkeit hatten und deshalb leicht zusammenfielen. Um den Kanal noch mehr auszubreiten und seinen Wänden Starrheit anzufügen, fing ich an die Schrötterschen Röhren höchster Nummer durch die Öffnung in der vorderen Wand nach oben und nach unten, das heisst in den Kehlkopf (von unten nach oben) und in die Trachea hineinzuführen. Statt der Kanüle mit Kautschukröhrchen fand ich es bequemer, die Wegnersche Doppelkanüle anzuwenden.

Der Kranke erlernte es selbst, sich diese Kanüle einzuführen und er nahm sie einige Male des Tages bei auftretenden Atmungsbeschwerden heraus und setzte sie von neuem ein. Weil die Klinik zum Sommer geschlossen werden musste, war der Kranke mit diesem Röhrchen bis zum Herbste, wo man ihm den Versuch, die Öffnung in der Trachea völlig zu bedecken, versprochen hatte, nach Hause entlassen. Bei Untersuchung des Kranken im Herbste 1908 zeigte sich, dass der Atmungskanal mit normaler Schleimhaut überall bekleidet und ziemlich breit ist und nur die hintere Wand der Trachea an der Stelle, wo die Wegnersche Kanüle eine Einbuchtung hat, stark hervorragt und bei Entfernung der Kanüle bald in Berührung mit dem Defekte der vorderen Wand kommt und diesen selbst bedeckt. Es war wiederholt nötig, diesen hervorragenden Teil der hinteren Wand der Trachea auszuschneiden und auszubrennen, die Kanüle wurde durch ein gerades Kautschukröhrchen ersetzt. Ende November war der Sporn der hinteren Wand beseitigt und das Atmungsrohr bekam die nötige Weite. Zur plastischen Deckung des Defektes der vorderen Wand der Trachea und des Kehlkopfes wurde unter die Haut des Halses neben der Fistel ein Knorpelstück der Nasenscheidewand von beiden Seiten mit Perichondrium bedeckt, übertragen, welcher dort eingeheilt ist. Die endliche Plastik ist bis zum Herbste 1909 gelassen.

Zur Kasuistik des Kieferhöhlencholesteatoms.

Nach einem Vortrag im Verein Deutscher Laryngologen in Freiburg i. B. 1909

von

Dr. Ernst Winckler in Bremen.

Cholesteatombildungen in den Nebenhöhlen der Nase gehören zu den Affektionen, die man nach den bisher mitgeteilten Beobachtungen als Raritäten bezeichnen kann. In den Stirnhöhlen ist die Erkrankung nur in 6 Fällen gesehen und von Eversbusch (1), Gilibert (2), Habermann (3), Rupprecht (4), Weinlechner (5) und O. Kahler (6) mitgeteilt worden. Eine Cholesteatombildung im Siebbein und in der Stirnhöhle bei gleichzeitig vorhandenem Spindelzellensarkom hat kürzlich Manasse (7) ausführlich beschrieben. Durch sehr subtile mikroskopische Untersuchungen hat er den ausserordentlich feinen Nachweis erbringen können, dass die Cholesteatombildung im Siebbein und an der mittleren Muschel sekundär aufgetreten und in das Sarkomgewebe hineingewachsen war.

In der Kieferhöhle hat zuerst Röpke (8) bei einer doppelseitigen Stirnhöhlen-, Siebbeinzellen- und Oberkieferhöhleneiterung in der linken Kieferhöhle cholesteatomatöse Massen angetroffen, während die übrigen Nebenhöhlen ein gewöhnliches chronisches Empyem aufwiesen. 1905 erwähnt Hegetschweiler (9) die eigenartige Bildung in der Oberkieferhöhle. Bei 2 Fällen entwickelte sich im Anschluss an die wahrscheinlich zu enge Bohröffnung vom Alveolarrand aus das Cholesteatom in der Kieferhöhle. Die cholesteatomatösen Massen wurden von ihm mit einer Trephine herausgestanzt und so beide Fälle zur Heilung gebracht. 1906 bespricht Heimendinger (10) in einer Dissertation aus der Manasseschen Klinik einen Fall von Kiefer-

höhlencholesteatom. Bei der operativen Eröffnung der Highmorshöhle entleerten sich sehr reichlich weisse, glänzende Massen, die sich unter dem Mikroskop als Cholesteatomlamellen erwiesen. Mit täglichen Ausspülungen wurde die Erkrankung dauernd geheilt, was durch eine Kontrolluntersuchung 3 Jahre nach der Behandlung festgestellt wurde. Die Patientin litt an einer Rhinitis chronica atrophicans. Endlich meint 1907 Ferreri (11), dass bei abnormer Weite des Hiatus semilunaris chronische Siebbeineiterungen und Ozäna cholesteatomatöse Kieferhöhleneiterungen unterhalten können, die auch allen radikalen Methoden trotzen. Er fand bei seinen Beobachtungen ein Missverhältnis in der Entwickelung der Siebbeinzellen und der Kieferhöhlen. Letztere waren enorm klein, während die Siebbeinzellen eine stärkere Entwickelung aufwiesen.

Im August 1908 erschien ein 28 jähriger Arbeiter in meiner Sprechstunde mit einer anscheinend periostalen Anschwellung über dem rechten Oberkiefer, die sich seit 2 Tagen unter intensiven Schmerzen, die ihn absolut arbeitsunfähig machten, entwickelt hatte. Schon seit längerer Zeit hatte er an einer übelriechenden Eiterung der rechten Nasenseite gelitten. Die Untersuchung ergab eine schon bei leisem Druck sehr empfindliche Schwellung über dem ganzen rechten Oberkieferkörper auch unterhalb des Jochbeins. Das rechte Auge tränt, Conjunctiva bulbi und palpebralis gerötet, Schwellung des unteren Lides. Rechte Nasenhöhle ist durch eingedickten Eiter verstopft. Nach Reinigung zeigt sich profuse Eiterbildung im mittleren Nasengang. Starke Schwellung der unteren Nasenmuscheln. Patient wird sofort in das Vereinskrankenhaus aufgenommen. Temp. 37,3. Abends Operation: Als ich am Alveolarfortsatz die Schwellung inzidierte, kam ich sofort in die Kieferhöhle, die äussere Wand an der Fossa canina war zerstört. Es floss mir äusserst übelriechender Eiter entgegen. Nach Reinigung der Höhle mit grossen Tupfern und Abtragung der ganzen facialen Oberkieferhöhlenwand sah ich die Highmorshöhle mit weissen etwas glänzenden Massen austapeziert, die sich besonders im lateralen Antrumwinkel und hinter dem Jochbein zu einem grösseren Tumor angehäuft hatten. Die Massen liessen sich vom Knochen, dem sie direkt aufsassen, nur mit dem scharfen Löffel abkratzen. Besonders schwer war ihre Entfernung aus der Jochbeinbucht, die sie so durchwachsen hatten, dass der untere Rand des Jochbeinkörpers und ein Stück Processus zygomaticus abgetragen werden mussten, um eine gründliche und energische Excochleation der membranösen Gebilde ausführen zu können. Irgend eine Zahnwurzelerkrankung am Boden des Antrum Highmori wurde vermisst. Patient hatte einen kariösen Eckzahn und daneben sass eine Wurzel des abgebrochenen I. Backenzahnes,

während alle übrigen Zähne gesund waren. Als die ganze Höhle sauberen Knochen zeigte, wurde durch Fortnahme der nasalen Kieferhöhlenwand samt der unteren Muschel eine breite Kommunikation mit der Nasenhöhle hergestellt, und die Mundwunde geschlossen. Nach der mikroskopischen Untersuchung des Tumors von Professor Dr. Borrmann in Braunschweig wird derselbe als ächtes Cholesteatom bezeichnet. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters im hiesigen hygienischen Institut ergab das Vorhandensein von zahlreichen Saprophyten und Streptokokken.

Eine Kontrolle des Ende September 1908 als geheilt entlassenen Patienten fand im Mai 1909 statt. Die bis dahin völlig trockene, ausgeheilte Höhle hat nach einer Erkältung seit 3 Wochen wieder stärker abgesondert. Mit einem abgebogenen Wattetupfer wird sie gründlich ausgewischt.

Cholesteatommembranen werden nicht damit entfernt. Auch nach einer trockenen Tamponade der Highmorshöhle für 24 Stunden finden sich keine Membranen an dem Gazestreifen. Die Nasenschleimhaut war beiderseits etwas gerötet. Mittlere Muscheln und Siebbeinzellen normal. Linke untere Muschel etwas verdickt. Nasenatmung frei.

Ribbert führt in seiner Geschwulstlehre folgendes über nasale Cholesteatome aus: „Es kommt in der Nase sehr selten zur Anhäufung von Cholesteatommassen, welche das Lumen der einen Seite ganz verlegen können. Sie werden von der dann mit Epidermis bedeckten Schleimhaut gebildet. Wir müssen annehmen, dass es sich hier um eine auf fötaler oder entzündlicher Basis zustande gekommene Ausbreitung von Plattenepithel auf der Innenfläche der Nase handelt. Ähnliche Verhältnisse finden sich gelegentlich im Nierenbecken und Ureter. Auf welchem Wege die Zellen dorthin gekommen waren, blieb allerdings unklar.“

Die cholesteatomatöse Nebenhöhlenerkrankung wird in den bisher mitgeteilten Krankengeschichten mit Ausnahme des Falles von O. Kahler auf eine Metaplasie des normalen Zylinderepithels der Nebenhöhlenschleimhaut zurückgeführt, welche entweder direkt von der erkrankten atrophischen Nasenschleimhaut ausging, oder die von Fistelgängen, welche in die äussere Haut oder Mundschleimhaut mündeten, eingeleitet wurde.

In dem Falle von Heimendinger, bei dem eine atrophische Rhinitis bestand, wird angenommen, dass die Einwanderung des Plattenepithels in die Kieferhöhle vom Hiatus semilunaris und von einer im unteren Nasengang angelegten Perforationsöffnung erfolgt sei. Hegetschweiler glaubt, dass in seinen 2 Fällen das Plattenepithel durch die Bohröffnung im Alveolarfortsatz von der Mundschleimhaut aus,

wie bei einer Epithelcyste, in die Kieferhöhle gelangt sei und die Produktion der Membranen veranlasst habe. Habermann führt den Nachweis, dass das von ihm beobachtete Stirnhöhlencholesteatom durch eine Fistel in der äusseren Haut entstanden war. Der Patient hatte eine Fistel unter dem rechten Augenbrauenbogen, durch welche sein Stirnhöhlenempyem zirka 18 Monate lang den Eiter entleerte. Die Schleimhaut der Stirnhöhle wurde durch die langdauernde Eiterung ihres Epithels beraubt, worauf Epidermis von aussen her in die Höhle einwanderte und dieselbe schliesslich auskleidete. Der Eiter dickte sich ein und mischte sich mit den von der Oberfläche abgestossenen Epidermismassen zu einem dicken Brei. Die Fistel schloss sich durch denselben, bis ein erneuter Durchbruch erfolgte. Ferreri meint, dass die cholesteatomatöse Nebenhöhlenerkrankung immer nasalen Ursprunges sei. Diese Ansicht vertritt auch E. Oppikofer (12) auf Grund von zahlreichen histologischen Untersuchungen der Nebenhöhlenschleimhaut, welche er bei chronischen und akuten Eiterungen vorgenommen hat. Die Schleimhaut bei chronischem Nebenhöhlenempyem zeigt sehr häufig Strecken, auf denen das normale Zylinderepithel verschwunden und durch Plattenepithel ersetzt ist. Dieser Befund ist besonders häufig an der Kieferhöhlenschleimhaut zu konstatieren, da die Abflussverhältnisse für die Highmorshöhle ungünstige sind, so dass hier leichter eine Retention des Eiters und dadurch wieder stärkere chronische Entzündung eintritt. „Das Plattenepithel zeigt bezüglich der Zahl der Schichten und bezüglich der Grösse der einzelnen Zellen alle möglichen Variationen. Bald setzt es sich aus einer tiefen kubischen und einer oberflächlichen platten Zellenlage zusammen, bald wieder ist das Epithel dicker, bestehend aus mehreren oberflächlichen platten Schichten. — Der Nachweis von Plattenepithel ist ein Zeichen, das mit aller Sicherheit auf einen exquisit chronischen Charakter der Eiterung hinweist, bei akuten Nebenhöhlenentzündungen wurde es nicht gefunden."

Oppikofer glaubt diesen Befund auch zur Erklärung der cholesteatomatösen Nebenhöhleneiterung heranziehen zu müssen, indem das Plattenepithel unter dem irritierenden Einfluss einer chronischen Eiterung an Ort und Stelle die eigenartigen Membranen erzeugen könne. Auffallend bleibt dabei, dass die Cholesteatombildung so ausserordentlich selten und von Oppikofer bei seinen Untersuchungen nie gefunden worden ist, während die Metaplasie des Epithels der Nebenhöhlenschleimhaut so regelmässig angetroffen wird, dass sich aus dem histologischen Befund die Dauer der Eiterung bestimmen lässt. „Je länger eine Eiterung gedauert hat, um so eher wird eine stellenweise Metaplasie des Epithels zu erwarten sein."

Wenn man bei der ätiologischen Erklärung des Nebenhöhlencholesteatoms die gleiche Affektion in den Mittelohrräumen berücksichtigt, so unterscheidet man hier, wie Körner (13) mit vollem Recht betont, die Otitis chronica desquamativa oder das Pseudocholesteatom von dem wahren Cholesteatom des Schläfenbeins.

Pathologisch-anatomisch unterscheiden sich, wie Baginski (14) schon hervorgehoben hat, beide Erkrankungen nicht, da die produzierten Lamellen und Membranen unter dem Mikroskop dasselbe Bild zeigen. Klinisch finden sich jedoch bemerkenswerte Differenzen. Bei der desquamativen Otitis ist in einer Anzahl von Fällen die Überhäutung der Schleimhaut eine ganz oberflächliche. Die Schuppen- und Plattenepithelbildung spielt sich nur in dem einen oder anderen Nebenraum der Pauke ab und unterhält durch Zersetzung der gebildeten Detritusmassen auf der vorhandenen Schleimhaut eine stinkende chronische Eiterung. Solche Fälle lassen sich durch Spülungen mit dem Paukenröhrchen zuweilen vollkommen zur Heilung bringen. Auch in den Fällen, welche eine Freilegung der Mittelohrräume erfordern, ist der Operationsbefund bei der chronischen desquamativen Otitis ein anderer, wie bei dem echten Cholesteatom. Wenn auch beide Erkrankungen durch Knochenzerstörungen zu schweren Komplikationen und zum Exitus durch eitrige Hirnaffektionen führen können, so beschränken sich bei der desquamativen Otitis die Zerstörungen lediglich auf die Wände der Pauke und das Antrum mastoideum, während beim ächten Cholesteatom die Knochenusuren den Sinus und die angrenzende Dura in grossem Umfange freilegen können. Die desquamative Otitis führt häufiger zu gefährlichen Fistelbildungen, das Cholesteatom entsprechend seinem Geschwulstcharakter zu ausgedehnten Usuren des ganzen Schläfenbeins. Bei der desquamativen Otitis finden sich stets in den eröffneten Mittelohrräumen noch grössere oder kleinere Bezirke der Schleimhaut vor. Die Zellen des Warzenfortsatzes sind, falls nicht eine Osteosklerose vorliegt, an dem Prozess der Pauke und des Antrum nicht direkt beteiligt, sondern zeigen die verschiedensten Stadien der chronischen Entzündung: Eiterbildung, Anfüllung mit alten Blutextravasaten, Granulationsbildungen, trübe seröse Flüssigkeit. Beim ächten Cholesteatom verdrängen die Membranen die Zellen des Warzenfortsatzes und nehmen seinen ganzen Innenraum mitsamt dem Antrum ein. Schleimhaut kann man hier beim Abpräparieren der Membranen nicht mehr konstatieren. Letztere dringen vielmehr in jede Knochenlücke ein und haften ihrer Knochenunterlage oft so fest an, dass eine sichere Entfernung selbst beim Abtragen grosser Knochenpartien nicht immer gelingt. Nach diesem Befunde richtet sich auch die Nachbehandlung, für die, je nachdem

eine einfache desquamative Otitis oder ein wahres Cholesteatom vorgelegen hat, bestimmte Massnahmen zu ergreifen sind.

Die Entstehung des echten Cholesteatoms ist auf eine fötale Verlagerung von Epidermis der ersten Kiemenspalte in die Mittelohrräume zurückzuführen. Die eigenartige Bildung ist als Tumor aufzufassen. Nach Ribbert ist diese Genese die häufige, wenn nicht die einzige. Die Pseudocholesteatome stellen keinen eigentlichen Tumor dar. Charakteristisch für erstere ist es, dass sie relativ oft im jüngeren Lebensalter vorkommen, während die Pseudocholesteatome häufiger im späteren Alter bei alten Otoröhren zur Beobachtung gelangen.

Diese praktischen Erfahrungen dürfen auch bei der Deutung der nasalen Cholesteatome nicht zu vernachlässigen sein.

In dem von mir operierten Falle von Kieferhöhlencholesteatom war es auffallend, dass grössere zwiebelschalenförmige Tumormassen mit der äussersten Ecke der Highmorshöhle, dem Jochbeinwinkel, der sog. Jochbeinbucht besonders fest verwachsen waren, ferner dass die Antrumschleimhaut in der ganzen Höhle fehlte und die typischen weissen Membranen direkt den Knochenwänden aufsassen. Patient hat seit längerer Zeit an rechtsseitigem Nasenausfluss gelitten. Wie lange dieser bestand; wusste er nicht, meinte jedoch, dass er höchstens ein Jahr hindurch von ihm bemerkt worden sei. Wenn auf derartige Angaben auch nicht sehr viel zu geben ist, so sprachen doch die Veränderungen in der Nase dafür, dass der Prozess, der hier sich abgespielt hat, mehr die Folgen einer schweren überstandenen akuten Rhinitis waren. Man kann daher wohl ungezwungen annehmen, dass der schon lange vorhandene pathologische Inhalt der Oberkieferhöhle durch eine akute Rhinitis vom Hiatus semilunaris aus infiziert wurde, zumal da sich noch in dem entfernten Inhalte zahlreiche Streptokokken vorfanden. Der gleiche Vorgang spielt sich auch häufig am Schläfenbein ab, indem ein schon lange bestehendes Cholesteatom erst nach der Infektion durch eine akquirierte Mittelohrentzündung besorgniserregende Erscheinungen bedingt. Ich nehme für die gefundene Cholesteatombildung eine Epithelversprengung während des Fötallebens bei der Entstehung der Oberkieferfortsätze des ersten Viszeralbogens an und glaube, dass der Tumor sich allmählich in der Jochbeingegend entwickelt hat, an deren Bildung 2 Gesichtsknochen sich beteiligen: der Oberkiefer und das Jochbein. Auch am Schläfenbein haben die Operationsbefunde ergeben, dass ein gewisser Lieblingssitz der Cholesteastome da stattfindet, wo mehrere Schädelknochen zusammenstossen. Sie beginnen nicht selten im hinteren oberen Winkel des Schläfenbeins, wo Schläfen-, Hinterhaupt- und Seitenbein aneinanderliegen.

Mir scheint diese Deutung plausibeler, als mit Oppikofer alle nasalen Cholesteatome durch Epithelmetaplasie zu erklären. Ich glaube vielmehr, dass die Fälle, welche durch einfache Eröffnung der Kieferhöhle und Spülungen dauernd zur Heilung gebracht wurden, Pseudocholesteatombildungen in dem oben angedeuteten Sinne waren.

Dass selbst eine kleine zurückgelassene Cholesteatommembran ein Rezidiv herbeiführen kann, ist aus der ohrenärztlichen Praxis genügend bekannt. Auch für den Gesichtsschädel wird diese Erfahrung zu berücksichtigen sein. Wie schnell ein Rezidiv sich hier entwickeln kann, lehrt der auch für den Rhinologen interessante Fall von O. Schirmer (15). Am 10. Juli 1897 wurde einer 32 jährigen Frau ein zerfallenes Cholesteatom aus der linken Orbitalhöhle entfernt, welches den Knochen des ganzen Orbitaldaches bis zum Foramen opticum, fast die ganze temporale und den grössten Teil der nasalen Orbitalwand blossgelegt hatte. An der Spitze der Orbitalpyramide oberhalb der Fissura supraorbitalis lag dem Knochen eine weissliche Schicht auf, die nach Glättung der grossen Höhle, welche weder mit der Schädel- noch mit der Nasenhöhle kommunizierte, mit dem scharfen Löffel abgekratzt wurde, da ihre radikale Entfernung mit dem Knochen in Anbetracht der Nähe der Dura mater und der Carotis interna zu gefährlich erschien. Am 25. Oktober 1897 stellte sich die Patientin mit einer Fistel am oberen Lide vor, nach deren Dilatation man in der Tiefe weissliche, feuchte Massen sieht, welche sich unter dem Mikroskop als Cholesteatom erweisen.

Auch mein Fall muss noch weiter in Intervallen kontrolliert werden. Sollte ein Rezidiv eintreten, so würde ich die Narbe am Alveolarfortsatz wieder öffnen und von einem Zahnarzt einen grösseren Obturator, der die ständige Übersicht der ganzen Höhle ermöglicht, anfertigen lassen, ein Verfahren, welches ich nach der Radikaloperation schon in Erwägung gezogen, jedoch wegen der zweifelhaften Mundreinigung vorläufig aufgegeben hatte.

Bei der so seltenen nasalen Cholesteatombildung hat man mit wahrem angeborenen Cholesteatom und später erworbenem Pseudocholesteatom zu rechnen. Da die Affektion sich nicht von der gleichen der Mittelohrräume unterscheidet, so wird man bei dieser Erkrankung an die am Ohre schon mehrfach beobachtete Kombination mit Tuberkulose denken müssen. Endlich weist die Tatsache, dass nasale Cholesteatombildung gleichzeitig bei einer bösartigen Neubildung (Manasse) vorkommen kann, auf eine Vorsicht bei der prognostischen Beurteilung derartiger nasaler Erkrankungsformen hin.

Literatur.

1. Eversbusch bei Pran, Dissertation. Erlangen 1890.
2. Gilibert bei Steiner, Archiv für klinische Chirurgie Bd. 13.
3. Habermann, Zeitschrift für Heilkunde Bd. 21.
4. Rupprecht, Münchn. med. Wochenschr. 1904.
5. Weinlechner, Wiener klin. Wochenschr. 1889. Nr. 7.
6. Kahler, Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 16.
7. Manasse, Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. 1. pag. 526.
8. Röpke, Archiv für Laryngologie Bd. 8. pag. 323.
9. Hegetschweiler, Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905 Nr. 8.
10. Heimendinger, Dissertation. Strassburg 1906.
11. Ferreri, XI. Kongress der Ital. Ges. f. Laryngologie, Otologie und Rhinologie vom 25.—27. Oktober 1907.
12. Oppikofer, Archiv für Laryngologie Bd. 21. pag. 440.
13. Koerner, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1906.
14. Baginski, Berl. klin. Wochenschr. 1899.
15. Schirmer, Beitrag zur Augenheilkunde. Heft 34.

Vorlagerung des Vomer.

Von

Professor Dr. Hopmann, Geh. Sanitäts-Rat.

(Mit zwei stereoskop. Tafeln.)

Unter den in dieser Zeitschrift[1]) veröffentlichten Fällen von abnormer Kürze des sagittalen Durchmessers der Nasenhöhle, welche auf Vorlagerung und wahrscheinlich auch abnormer Kürze des Pflugscharbeins zurückzuführen sind, befand sich einer, bei dem der abnorme Ansatz der Alae vomeris besonders deutlich zu erkennen war.

Durch ein Verfahren, welches den getreuen Abdruck des obersten Rachen- und hintersten Nasenabschnittes gewährleistet, war mir die Möglichkeit gegeben, die stereoskopische Aufnahme dieser Anomalie der Beschreibung beizufügen, so dass jeder die Anomalie in ihrer Eigenart plastisch-deutlich zu erkennen in die Lage gebracht war.

Es war evident, dass hier ein Entwickelungsfehler, eine Hemmungsbildung wahrscheinlich hereditär-kongenitaler Natur zugrunde lag.

Für diese Auffassung kann ich heute einen weiteren Beweis erbringen.

Die mittlerweile in meine Behandlung gelangte Schwester des Trägers jener Anomalie ist nämlich ebenfalls mit derselben behaftet.

Auch bei dieser Kranken gelang es, einen Abdruck der Epipharynx zu erhalten, welcher vollkommen das Heraustreten der Alae vomeris und des ganzen hinteren Septumrandes aus der Choanalebene nach vorn, die Vorlagerung also, erkennen lässt. Da man nur durch Herstellung einer Moulage nach der beschriebenen Methode den exakten

---

[1]) „Verkürzung und Vorlagerung des Vomer". I. Bd. 3. H. 1908.

Nachweis der Vorlagerung liefern kann und es demnach mit besonderer Schwierigkeit verknüpft ist, die an und für sich zwar leicht festzustellende[1]) und nicht gerade selten vorkommende relative Septumkürze als auf einer Vorlagerung des Vomer beruhend nachzuweisen, so ist es nicht zu verwundern, wenn bisher noch keine Bestätigung der mitgeteilten Beobachtungen von anderer Seite erfolgt ist, obschon nicht daran gezweifelt werden kann, dass sie kommen wird. Um so weniger aber ist es für überflüssig zu erachten, auch diesen neuen Fall von Vorlagerung des Vomer bekannt zu geben, den zweiten in derselben Familie.

Frau B., 30 Jahre alt, leidet seit ihrem 14. Lebensjahre an Migräne, vorwiegend linksseits. Anfangs trat alle 14 Tage, später alle Woche auf, unter Verlängerung der oft mit Flimmerskotom, Nausea und Vomitas verbundenen Anfälle bis zum Abend. Im letzten halben Jahre weitere Verschlimmerung, derart, dass der Kopfschmerz oft mehrere Tage selbst bis zu 8 Tagen hintereinander täglich auftrat. Öfter Zahnwurzel- und Mandelentzündung. Verstopfung der Nase seit einigen Jahren, besonders stark seit 1/2 Jahre. Die Mutter der Kranken leidet an bazillärer Tuberkulose.

Die Kranke hat mehrere kariöse, eiternde Zahnwurzeln und Gaumenmandelvergrösserung. Die Nasenmuscheln, besonders die Hinterenden beider unteren, sind hyperplasiert, letztere polypoid, und ragen anscheinend frei in den Nasenrachenraum hinein. Der oberste Abschnitt des hinteren Septumrandes ist höckerig infolge unregelmässiger Verdickungen der Mukosa und steht, wie der ganze Rand, erheblich weiter nach vorn als die seitlichen Choanenränder.

Messung des Septums ergibt:

I. Distanz der Nasenspitze von der hinteren Rachenwand 92 mm
II. „ „ „ „ dem „ Septumrand 60 mm
III. Demnach Rachentiefe 32 mm

oder I = 100, II = 65, III = 35 (weibl. Durchschnittszahl 100:80:20).

Es besteht also hier ausgesprochene Verkürzung der Scheidewand, d. h. des sagittalen Durchmessers der Nasenhöhlen, und entsprechende Vertiefung des Epipharynx.

Ein Abdruck des letzteren bezw. dessen Gipsabguss gestattet, die Abnormität genauer zu prüfen. Der Abdruck I[2]) zeigt die Hinterenden der unteren Muscheln bis dicht an die Plica salpingopalatina jeder Seite, also bis zum äusseren Choanalrande heranreichend, so dass sie

[1]) Mit Hilfe des von mir angegebenen Messstabes cf. Arch. f. Lar. I, 1893, „Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraums".

[2]) Cf. stereoskop. Tafel IV.

sich bloss scheinbar frei im Nasenrachenraum befinden. Der Schein wird dadurch bedingt, dass die mediale Begrenzung der Choanen erheblich nach vorn verschoben ist.

Der hintere Vomerrand befindet sich nämlich in seiner Mitte 17 mm vor der Choanalebene; auch sein oberes Ende, die Alae liegen mehrere Millimeter nach vorn verlagert, so dass die oben mediale Rundung der Choanen nicht in die laterale übergeht, wie normal, sondern frei gegen die laterale Nasenwand hin ausläuft. Diese abnorme Lagerung des hinteren Vomerrandes ist hier fast ebenso ausgeprägt, als bei dem Bruder der Kranken.

Auch bei diesem bestand jahrelang eine äusserst qualvolle Migräne, welche durch erfolgreiche Behandlung der gleichzeitig bestehenden trocken - eiterigen Nasenschleimhautentzündung wesentlich gebessert wurde und bis heute so geblieben ist[1]).

Was die Beschwerden des heute veröffentlichten Falles betrifft, so bemerke ich beiläufig, dass nach Beseitigung der kariösen Wurzeln, der Gaumenmandeln und der Wucherungen der hinteren Muschelenden (und der Alae vomeris) die Nasenverstopfung gehoben und die Migräne wesentlich gebessert wurde. Nach Heilung der Wunden wurde noch ein zweiter Abdruck der Epipharynx aufgenommen, welcher die abnorme Stellung des Vomer womöglich noch deutlicher zeigt als der erste, wegen der scharfen Ausprägung des Seitenrandes der Choanen[2]).

Der Fall bietet, wie der des Bruders der Kranken, ein zweifaches Interesse, das der Krankheitserscheinungen und das der Anomalie. Beide mögen nur zufällig vergesellschaftet gewesen sein. Wenigstens liegt es mir fern, die ersteren in ein Abhängigkeitsverhältnis von der letzteren hinein zu pressen. Das schliesst aber nicht aus, Beziehungen beider zueinander gelten zu lassen.

Der Erfolg der Behandlung in beiden Fällen lehrt mit Gewissheit, dass die bestehende Migräne von den Nasenleiden (in dem einen Falle eine Art Ozäna, in dem anderen Hyperplasien der Schleimhaut) unterhalten und verschlimmert wurde.

Wenn nun auch die Nasenleiden an und für sich ebenso wenig wie die Migräne in einem kausalen Zusammenhange mit der Anomalie standen, so waren sie doch durch letztere infolge der damit verbundenen Kürze und relativen Enge der Nasenhöhlen und der relativen Tiefe des Nasenrachenraums ohne Zweifel ungünstig beeinflusst, so

1) Der Fall wurde vorgestellt in der Sitz. der Vers. Westd. Hals- u. Ohrenärzte zu Köln am 21. IV. 1901, cf. Münch. med. Wochenschr. Nr. 41.

2) Cf. stereoskop. Tafel V.

dass sie nicht nur leichter entstehen sondern, auch hartnäckiger sich behaupten konnten. Und insofern leistete dann auch die Anomalie der Intensität der Migräne Vorschub, eine Annahme, deren nähere Ausführung an dieser Stelle um so eher unterlassen werden kann, als sie bei einigem Nachdenken über die Funktion der Nasenschleimhaut bei der Atmung von selbst sich aufdrängt.

Nochmals gestatte ich mir zum Schlusse den Hinweis, dass in demselben Masse, in dem der Sagittaldurchmesser der Nasenhöhle (des Septums) verkürzt ist, derjenige des Epipharynx verlängert wird. Diese Vertiefung des Nasenrachenraums würde üble Folgen namentlich für Sprache und Schlucken haben, wenn sie nicht durch Verlängerung oder grössere Beweglichkeit des Velums ausgeglichen würde. Immerhin verdient sie mit Rücksicht auf den für so zahlreiche Funktionen wichtigen temporären Abschluss des Nasenrachenraumes im Auge behalten zu werden.

II. Referate.

1. Allgemeines, Geschichte usw.

216. **Kassel, Carl, Erfahrungen mit Estonpräparaten.** *Therapeut. Rundschau, 1909, Nr. 32.*

Kassel empfiehlt bei Erythem und Akne der Nase eine Paste: aus Vaselin alb. american. 70,0, Eston 20,0, Sulfur. praecipitat. 10,0. Auch das Estonschnupfpulver verwandte K. mit Erfolg und hält die Verwendung der Estonpräparate für aussichtsvoll. Bl.

217. **Neideck (Limbach), Das Ergebnis der Behandlung einer kleinen Geschwulst, vermutlich eines minimalen Hautkrebses mit Röntgenstrahlen.** *Med. Klinik 1909, Nr. 23.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem die Röntgenbestrahlung einen Zustand geschaffen hat, wie er beklagenswerter schwerlich gedacht werden kann. Sommer, Würzburg.

218. **Tarrius, Kokainvergiftung durch die Schleimhäute.** *Journ. de médecine de Paris, 3. Juli 1909, S. 270.*

Ein Reisender von Gehörs-Halluzinationen geplagt, machte in einem Hotel Selbstmordversuche. Es war ein Anfall von Kokainismus mit Verfolgungsideen, Hypochondrie u.s.w. Seit einigen Jahren braucht Patient um sein Heufieber zu bekämpfen Kokain (konzentrierte Lösungen) in der Nase, am Zahnfleisch und auf der Konjunktiva. Die Hirnstörungen verschwanden nach Aussetzen des Giftes. Menier.

2. Nase und Nebenhöhlen.

219. **Allen, Howard, John: Obstructed nasal respiration and its relation to dental deformities.** *American Med. April 1909.*

Die Nasenverlegung wirkt infolge von Nichtgebrauch des Organs hindernd auf das Wachstum der Nase ein, so dass z. B. die intranasalen Dimensionen eines zwölfjährigen Mundatmers gleich denen eines 4- und 6jährigen normalen Menschen sind; an diesem in seiner Entwickelung zurückgebliebenen Nasengerüst, sind nun die Oberkiefer verankert; die Intensität des Wachstums der letzteren ist nicht beeinflusst, wohl aber die Wachstumsrichtung; nach unten können sie sich ungehindert entwickeln, ihre laterale Expansion wird aber beeinträchtigt durch den Zug ihrer Ver-

bindung mit den zentralen Partien des harten Gaumens; das führt zur Entstehung des u förmigen Rachens. Verf. bespricht dann das Verhalten der Zähne, die infolge von Raummangel sich gegenseitig stören.

Max Heimann, New-York.

220. **Bonardi, Spasimo tonico riflesso nel campo delle porzione motoria del Vto pajo (nervo masticatorio Bellingeri). (Tonischer reflektorischer Krampf im Gebiete des motorischen Teiles des V. Nervenpaares [Nervus masticatorius Bellingeri]).** *L' Ospedale Maggiori-Mailand, April 1909.*

Bei dem Patienten vermutete man wegen seiner Krämpfe Tetanus. Die Masseteren waren zusammengezogen und das Betasten der Gegend war schmerzhaft. Patient hatte sonst keine Symptome von Tetanus, er litt aber an heftigen und wiederholten Nieskrämpfen mit trockenem Husten, Angor praecordialis, leichter Zyanose. Der Reiz hatte seinen Ausgangspunkt in der Nasenschleimhaut (2. Trigeminusast) und verbreitete sich nach der Schleimhaut der Trachea, des Kehlkopfes und der Bronchien (X Nervenpaar). Kokaingebrauch und Bromkali liessen alle diese Erscheinungen binnen einiger wenigen Tage verschwinden. Menier.

221. **Bracci, Sulla presenza dei bacilli di Koch nelle cavitá nasali dell' uomo tuberculoso. (Über das Vorhandensein von Kochs Bazillen in den Nasenhöhlen von Phthisikern.)** *Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene, 30. Juni 1909.*

Der Verf. hat 23 Phthisiker untersucht. 18 hatten keine Bazillen als sie ins Spital aufgenommen wurden; 13 von diesen 18 Patienten blieben ohne Bazillen in den Nasenhöhlen während des Hospitalsaufenthaltes — (einige Monate); bei 2 von den vorigen konnten die Untersuchungen nicht fortgesetzt werden; bei 3 (von den 18 erwähnten Patienten) konnte man die Bazillen nach einiger Zeit auffinden; 5 Patienten wurden mit Bazillen aufgenommen und blieben in diesem Zustande bis am Ende des Aufenthaltes. Endlich fand Verf. kein direktes Verhältnis zwischen dem Vorhandensein von Bazillen in der Nase und der Schwere der tuberkulösen Veränderungen der Lunge. Menier.

222. **Costa und Miglincei, Frattura dello sfenoide da causa diretta. (Bruch des Keilbeins durch direkte Gewaltwirkung.)** *Gazzetta degli ospedali, 6. Juli 1909.*

Solche Brüche sind selten. Bei dem betreffenden Falle drang eine kleine eiserne Stange durch die Orbita; das Auge wurde total gequetscht und zermalmt und der kleine Keilbeinflügel (links) wurde gebrochen. Die Bruchlinien hatten folgende Formen: die eine ging durch die ganze Breite des Flügels, die andere ging parallel dem hinteren Rande; kurz, es war ein T-förmiger Bruch. Die anderen Knochen waren unverletzt.

Menier.

223. **Courtade, Über Taubheit und nasale Durchgängigkeit bei Schulkindern.** *Archives internat. de laryngologie etc., März-April 1909.*

Der interessante Artikel (De la Surdité et dela perméabilité nasale chez les enfants des écoles) muss im Original gelesen werden.

Viel Interesse bietet der Anhang über den Einfluss der verschiedenen Atmungsweisen auf den Charakter dar. Menier.

224. **Gereda, E., Die nasalen Reflexe. (Los reflejos nasales.)** *Revista ibero-americana de Ciencia médical, März 1909.*

In einem Fall von Aphonie, in welchem alle Mittel erfolglos blieben, konnte Verf. durch Abtragung des hypertrophischen Muschelendes die Heilung erlangen. Er verfügt über einen zweiten ganz ähnlichen Fall. Die laryngealen Folgen nasaler Reflexe sind nicht selten (laryngeale Inhibition (Hemmung); Kongestionen nach dem Kehlkopf; teilweise Lähmungen; laryngospasm.). Er ist geneigt an die Existenz von Reflexzonen in der Membrana pituitaria zu glauben. Menier.

225. **Glogauer, Otto, The efficency of the bacillus bulgaricus in the treatment of a case of unilateral chronic suppurative pansinuitis.** *American medecin, May 1909.*

Heilung einer 10jährigen Pansinuitis mittelst Tamponade und Spülung mit einer Aufschwemmung des Bacillus bulgaricus: Bedingung ist der unmittelbare Kontakt mit den erkrankten Höhlen d. h. deren weite Zugänglichkeit. — Hat man erst die Höhlen weit zugänglich gemacht, dann kommt man auch mit anderen Mitteln leicht zum Ziel (Ref.).

Max Heimann, New-York.

226. **Glogauer, Otto, Nasal obstruction in children.** *Ibidem April 1909.*

Mit Recht wendet sich Verf. gegen das kritiklose Herausschneiden von Rachenmandeln bei jedweder Form von Obstruktion der kindlichen Nase. Er weist auf die Häufigkeit der in der Nase selbst liegenden Verengerungen hin durch hyperplastische Schleimhautprozesse, spina und Deviatio septi hin. Der von Verf. angenommenen Adenoidhypertrophie hinter solchen Verengerungen infolge von Ansaugung sowie seinen Ausführungen über Cachexia adenoipriva steht Ref. skeptisch gegenüber.

Max Heimann, New-York.

227. **Mink, P. J., Auskultation der Oberkieferhöhle. (Auscultatie der bovenkaaksholte.)** *Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde, 2. Helft No. 5 31. Juli 1909.*

Weil die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle nicht zuverlässig ist, hat Mink ein neue unblutige Untersuchungsmethode eingeführt, die Auskultation der Oberkieferhöhle.

Als Instrument bedient man sich eines elastischen Schlauches von 4 bis 5 dm Länge, armiert mit einer kleinen Olive für das Ohr des Untersuchers, während in das andere Ende die Spitze eines Ohrtrichters befestigt ist.

Wenn man die breite Öffnung des Trichters in die Fossa canina ansetzt, hört man bei ruhigem Atmen ein amphorisches Geräusch.

Um festzustellen, ob das Geräusch in der Oberkieferhöhle entsteht, oder von der Nase fortgeleitet wird, füllt Mink den mittleren Nasengang mit feuchten Wattenstreifen an und hat gefunden, dass das Geräusch dadurch nicht verschwindet, höchstens ein wenig abgeschwächt wird. Er schliesst daraus, dass das Geräusch hauptsächlich entsteht durch Passieren der Luft längs der Wand der Höhle.

Wenn das Antrum Highmori mit Flüssigkeit angefüllt ist, verschwindet das Geräusch. Umgekehrt beweist die Abwesenheit des Geräusches nicht, dass die Höhle mit Flüssigkeit angefüllt ist, wenn z. B. in der Nasenhälfte an der Seite der untersuchten Höhle die Luftpassage gestört ist. Schleimhautschwellungen, Polypen und andere Anomalien, welche die Luftpassage hemmen, müssen erst entfernt werden.

Schleimhautverdickung in der Oberkieferhöhle kann das normale Auskultationsgeräusch abschwächen oder ganz unhörbar machen, auch wenn nur sehr wenig oder keine Flüssigkeit in der Höhle ist. Wenn man noch ein schwaches Auskultationsgeräusch hört, darf man hoffen, Flüssigkeitsgeräusche zu erzeugen, wenn man den Patienten eine Kopfhaltung annehmen lässt, bei der die natürliche Öffnung des Antrums am niedrigsten liegt. Mink hat bei dieser Haltung einige Male bei der Auskultation Flüssigkeitsgeräusche wahrgenommen. Nicht allein Eiter, auch Anhäufung von seröser Flüssigkeit im Antrum hebt das Auskultationsgeräusch auf, ebenso wie Tumoren der Oberkieferhöhle.

Die Abwesenheit des normalen, amphorischen Auskultationsgeräusches des Sinus maxillaris ist, nach Mink, ein wichtiges Symptom und weil die Untersuchungsmethode einfach und nicht schmerzhaft ist, wird sie von Mink sehr empfohlen. Kan, Leiden.

228. **Möller, P., Einige Fälle von Rhinolithen.** *Archives intern. de Laryngologie, Mai-Juni 1909.*

Erster Fall: Rhinolith in beiden Nasenhälften durch einen Stiel vereinigt; der Stein war besonders hart. Es scheint, dass die Septumperforation, durch welche der Stiel ging, primär war. (Lues?).

Zweiter Fall: Rhinolith der viele organische Stoffe (28%) und viele Eisenverbindungen (Eisenoxydul 36%) enthielt. Der Eisengehalt scheint hämatogenen Ursprungs zu sein (kleine unbemerkte Nasenblutungen).

Dritter Fall: Rhinolith, der durch die Choanen, beim Katheterismus der Tuba Eustachii ausgestossen wurde. Menier.

229. **Nager-Zürich, Über die Mitbeteiligung der Nasennebenhöhlen im Verlauf des Scharlachfiebers.** *Med. Klinik 1909, Nr. 25.*

Als häufigste Komplikationen kommen die Siebbeinzelleneiterungen in Betracht. Weniger häufig sind Eiterungen der Kieferhöhle und selten solche der Stirnhöhle. Bei der Diagnose lässt sich die Lokalisation des auftretenden Ödems verwerten. Die Prognose dieser Komplikation an sich ist nicht ungünstig. Therapeutisch kommt im Notfalle die Ausräumung des Siebbeinlabyrinths nach Preysing in Frage.

Sommer, Würzburg.

230. **Prince, A. E., An operation for frontal sinus obliteration avoiding supraorbital deformity and nasal scar.** *New York medical Journal, May 1909.*

Die Deformitäten, die Verf. nach der Kilian-Operation gesehen hat, sind nicht auf das Konto der Methode, sondern deren schlechte Ausführung zu setzen. Seine sogenannte „neue" (?!) Operationsweise besteht in der schon lange bekannten Fortnahme der unteren Frontalsinuswand eventuell des Proc. frontalis des Oberkiefers mit vorderen Ethmoidalzellen

und Herstellung einer Verbindung von der Nase aus, deren Unzulänglichkeit hinreichend bekannt ist. Zum Überfluss sind noch einige neue Instrumente und eine Lampe zur Besichtigung des Sinusinneren (Sinuscope) angegeben. Max Heimann, New-York.

231. **Rose, Achilles, Nasal catarrh treated by means of carbonic acid gas inflation.** *Medical council Mai 1909.*

Verf. hat guten Erfolg besonders bei akuten Nasenkatarrhen der Kinder von Insufflation von Kohlensäure gesehen; es wirkt als ein Vasokonstriktor, anästhetisch und antiseptisch.

Max Heimann, New-York.

232. **Theisen, Clement, F., Report of a case of cyste of the frontal sinus communicating with the frontal lobe.** *Annals of rhinol. and laryngol. März 1909.*

Auf Trauma in der Jugend folgen stets stärker werdende Kopfschmerzen, Schwindel bei schneller Wendung des Kopfes nach der gesunden Seite. Geringe Ptosis, mässige Sekretion aus der Nase. Die Zyste hatte die hintere Frontalsinuswand durchbrochen. Passage von dem Sinus in die Nase nicht aufzufinden. Ethmoidalzellen intakt. Heilung durch Operation. Verf. zitiert dann zwei Fälle von Logan Turner in extenso.

Max Heimann, New-York.

3. Rachen.

233. **Avellis, Gaumenbogennäher und Mandelquetscher.** *Arch. f. Lar. Bd. 22, H. 1.*

Bei Blutung nach Tonsillotomie rät Avellis, die Gaumenbögen miteinander zu vernähen und gibt ein Instrument an, das die bequeme Anlegung Michel'scher Klammern in sagittaler Richtung ermöglicht. Die Klammern werden an einem Faden befestigt, der zum Munde oder noch besser zur Nase herausgeführt wird. Ein Wattetampon wird mit eingenäht, um einen Druck auf die Wunde auszuüben. Das Nahtverfahren ist, soviel mir bekannt, zuerst von Bauer, dann von Escat (1902) empfohlen werden, jedoch ist die Anwendung von Klammern neu und anscheinend bequem (Ref.).

Der Mandelquetscher besteht in einem Körbchen, das in rechtem Winkel seitlich an einem schlanken Stiel angebracht ist. Es passt sich der Mandel gut an, hat keine scharfen Kanten, und erlaubt den Austritt von Sekret etc. aus den Lakunen zu beobachten. Arth. Meyer.

234. **Beck, Joseph, C., Some points in anatomy, pathology and surgical treatment of the faucial tonsil.** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, March 1909.*

In klarer Weise werden die Hauptpunkte der Anatomie dargelegt, sowie die Methode beschrieben, wie Verf. mit eigens dazu angefertigten Instrumenten die Tonsillen in der Kapsel entfernt. Ein Bedürfnis für neue Instrumente zur Entfernung der Tonsillen und der Kapsel liegt wirklich nicht vor. Erstens besitzen wir wer weiss wie viele; zweitens kommt man mit einer Cooper'schen Schere, scharfem Haken, geknöpftem

Messer und einem Instrument zum Fassen der Tonsille, Instrumente, die sich im Instrumentarium eines jeden Landarztes finden, zum Ziele, und drittens macht die Digitalausschälung den Gebrauch von Instrumenten überhaupt überflüssig. Max Heimann, New-York.

235. **Clemens, J. R., Sleep sweats in chronic pharyngeal stenosis.** *Archivs of pediatrics, June 1906.*

Intensives Schwitzen der Kinder während des Schlafes ist ein neues Zeichen bei Adenoid- und Tonsillarhypertrophie.
Max Heimann, New-York.

236. **Elliot, Arthur, R., The toxic secondaries of chronic tonsillar disease.** *New-York medical Journal, May 1. 1909.*

Behandelt die von der Tonsille ausgehenden Intoxikationen besonders die Anämien (?) und Arthritiden. Max Heimann, New-York.

237. **Glover, J., Die Funktion der Mandeln. Vasotrophische Störungen der Nase und des Rachens, Opotherapie.** *Annales des maladies de l'oreille tome XXXV, No. 7.*

Da die rhinologische Literatur in diesem kurzen Artikel nicht berücksichtigt ist, ist es nicht ersichtlich, ob der Autor originell zu sein glaubt, wenn er behauptet, dass die Wucherung des Waldeyer'schen Ringes, neben mechanischen Störungen auch trophoneurotische Störungen bedingt. Es ist von Massei, Stöhr, Brieger, Schönemann über diese Frage schon soviel geschrieben worden, dass ein nochmaliges Eingehen kaum verlohnt. Man mag auf welchem Standpunkt immer stehen, glauben, dass die Adenoiden eine Schutzvorrichtung des Organismus sind oder nicht, einig sind alle darüber, dass die Adenotomie alle Störungen, die mechanischen sowie die „vasotrophischen" beseitigt. Zu dieser Ansicht muss auch Glover gekommen sein, wenn er die Resultate seiner opotherapeutischen Versuche übersieht. Und was hat unser Autor nicht alles versucht! Ohne ganz konsequent zu sein hat er seinen Patienten Tonsillensaft, dann Hypophyse, dann Thyroidin, dann Glandulae suprarenales und endlich Phosphorsäure gegeben, und zwar entweder jedes einzeln oder eines und das andere kombiniert. Wir glauben Glover unschwer, dass die opotherapeutische Behandlung sehr schwer in ihren Effekten kontrollierbar ist wegen der grossen Unsicherheit der Wirkung". Lautmann.

238. **Hays, Harold, A. M., An electricaly lighted Pharyngoscope. A new method of examining the naso-pharynx and larynx.** *American Journal of Surgery 1909.*

Ein dem Otis-Cystoskop nachgebildetes Instrument zur Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes; derselbe hat die Form eines Zungenspatels, und der horizontale Teil, der röhrenförmig ist, wird über die Zunge bis hinter die Uvula vorgeschoben und die Lippen darüber geschlossen; das distale Ende trägt eine rotierbare Linse und zwei kleine elektrische Lampen; das Bild wird durch ein am proximalen Ende angebrachtes Auge betrachtet. Die Vorteile des Instruments sind:

1. Man braucht zur retronasalen Untersuchung nur ein Instrument.
2. Patient verbleibt in ungezwungener Stellung, atmet natürlich bei geschlossenem Mund.

3. Beleuchtung ist stets ausreichend.

4. Man erhält ein Gesamtbild des ganzen Retronasalraums und kann beide Seiten zu gleicher Zeit miteinander vergleichen.

5. Das Instrument kann bei Kindern angewendet werden, selbst wenn sie sich sträuben, vorausgesetzt, dass der Kopf fixiert ist.

Wenn sich die Erwartungen des Erfinders erfüllen — und die beigegebenen Zeichnungen retronasaler und laryngealer Spiegelbilder berechtigen zu den schönsten Hoffnungen — ist dieses Instrument bestimmt eine Revolution in unseren speziellen Untersuchungsmethoden herbeizuführen und viele bisher dunkle Probleme spielend zu lösen. — Augenblicklich ist Hays damit beschäftigt, einen Ansatz zu seinem Instrument zu finden, der es ihm erlaubt, den Tubenkatheterismus unter Leitung des Auges auszuführen. Heimann, New-York.

239. **Hurd, Lee, M., The clinical diagnosis of tuberculosis of the tonsils.** *Medical Record, June 26.*

Verf. hat 11 Fälle, wo er Tuberkulose der Tonsillen vermutete, dieselben in der Kapsel entfernt, und dem bekannten Forscher Jonathan Wright zur mikroskopischen Untersuchung gegeben. Die Tonsillen waren blass, zerklüftet, enthielten käsigen Detritus in den Krypten, der Gaumenbogen war kongestioniert, und worauf Verf. als besonders pathognomonisch hinweist; „harte Schwellung der Drüsen am Kiefelwinkel"; in 8 Fällen konnte Tuberkulose mikroskopisch nachgewiesen werden; die Läsion lag gewöhnlich am Grunde der Tonsille nahe der Kapsel. In allen Fällen handelte es sich um „vergrabene" Tonsillen d. h. solche, welche zwischen den Gaumenbogen versteckt waren; derselbe Autor hatte in einer früheren Untersuchung von 60 sogen. gestielten Tonsillen, die wegen Atmungshindernis mit dem Tonsillotom abgetragen wurden, nicht einen einzigen Fall von Tuberkulose nachweisen können; allerdings handelte es sich in den elf Fällen um Tonsillen, die unter dem Gesichtspunkt der Tuberkulose ausgewählt waren. In allen 11 Fällen, tuberkulös und chronisch entzündet, gingen die Drüsenschwellungen ganz oder doch zum grössten Teil zurück. Die Lage der tuberkulösen Veränderungen nahe der Kapsel weist auf die Notwendigkeit der Ausschälung der Tonsillen in der Kapsel hin.

Heimann, New-York.

240. **McLaurin, Sidney, Ein Fall von Endotheliom des Halses.** *Australasian Medical Gazette, März 1909.*

Der Fall kam erst in verhältnismässig vorgeschrittenem Stadium unter Beobachtung des Verf. Es zeigten sich auf beiden Seiten des Halses Schwellungen, die sich auf die oberen, sowohl, als die unteren Lymphdrüsen ausdehnten, auf der rechten Seite aber mehr, als auf der linken. Mehrere Fisteln waren da, jene der rechten Seite sich aufwärts zu den Tonsillen ziehend. Ein kleines Geschwür befand sich auf der rechten Tonsille, doch heilte dieses später. Der Zustand zeigte Ähnlichkeit mit Aktinomykose, aber ein Stück des entfernten Gewebes zeigte typisches Endotheliom. Der Tumor schien von den abführenden Lymphgefässen, der Tonsillen auszugehen und war von sehr bösartigem Typus.

Guthrie, Liverpool.

241. **Mink, Dr. P. J., Ein Nasenrachenpolyp mit Hilfe von Elektrolyse entfernt. (Een neuskeelpolyp met behulp van electrolyse verwyderd.)** *Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1909, 1. Helft No. 14.*

Im November 1908 untersuchte Mink einen 28jährigen Patienten mit Nasenverstopfung links. Bei der Rhinoscopia anterior wurden einige gewöhnliche Nasenpolypen links gefunden, welche entfernt wurden. Nach der Entfernung wurde in dem Nasopharynx ein dunkelroter Tumor gesehen. Bei der Rhinoscopia posterior zeigte sich der linke Teil des Nasopharynx eingenommen von einem runden, glatten, dunkelroten Tumor, ungefähr taubeneigross.

Durch Sonderuntersuchung konnte festgestellt werden, dass die Geschwulst am oberen Rande der Choanen entsprang. Es gelang nicht eine Schlinge um den Tumor zu bringen, mit einem Häkchen gelang es aber sehr leicht den oberen Teil des Tumors, zwischen Nasenscheidewand und hinterem Ende der Concha media zu bringen und Mink entschloss sich, diese Stelle mit Elektrolyse anzugreifen. Alle 5 Tage wurde ein Strom von 15 Milliampère während 10 Minuten angewandt. Schon nach der 5. oder 6. Sitzung war der Tumor sehr verkleinert, nach 8 Sitzungen war die Geschwulst grösstenteils nekrotisch und konnte mit der Schlinge ohne Blutverlust entfernt werden. Merkwürdig ist nach Mink die Kombination von Nasenrachenpolypen mit gewöhnlichen Polypen, welche vielleicht durch den vom Nasenrachenpolypen ausgeübten Reiz entstanden sind. Auch ist die Ursprungstelle des Polypen ungewohnt ebenso wie das Alter des Patienten.

Mink meint, dass die Elektrolyse so schnell und gut gewirkt hat, weil er imstande war, die Nadel so nahe der Ursprungstelle des Tumors einzuführen. Kan, Leiden.

242. **Morgan, McWhinnie, Digital enucleation of the faucial tonsils.** *New York medical journal, May 29. 1909.*

Ähnlich wie die Prostata aus ihrem Bette schält Verf. die Tonsille in der Kapsel ausschliesslich mittelst des Fingers aus; Bedingung ist, das man extrakapsulär beginnt; der Patient wird chloroformiert. Vorzüge dieses Verfahrens sind:

1. Sehr geringe Blutung.
2. Schnelligkeit.
3. Kein Rezidiv.
4. Keine lokale oder Allgemeinreaktion.

Es sind ja hauptsächlich die „angewachsenen“ vergrabenen Tonsillen, von denen eine Schädigung des Allgemeinbefindens so häufig ausgeht, deren Entfernung technisch oft recht schwierig ist, und die, will man keine Enttäuschung erleben, radikal entfernt werden müssen. Diese Digitalausschälung ist, wie Ref. sich überzeugt hat, die leichteste, sicherste und schonendste Methode und ist berufen, die Operation der Zukunft zu werden. Max Heimann, New-York.

243. **Blackwell, H. B., The otitic significance of tonsillectomy with reference to digital enucleation.** *Ibidem.*

Behandelt denselben Gegenstand wie vorangehender Artikel, nur dass sich der Autor zum Trennen der Tonsille vom Gaumenbogen sowie zum Abschnüren der freigemachten Tonsille der Instrumente bedient.

Max Heimann, New-York.

244. **Roger und Margarot, Montpellier, Angina phlegmonosa und Diphtheritis; Beziehungspunkte und Differentialdiagnose.** *Archives générales de Médecine, Mai 1909.*

Angina phlegmonosa und Diphtherie können einander vortäuschen oder sich verbinden, um folgende Formen zu bilden: Angina diphtheritica pseudophlegmonosa; Angina phlegmonosa pseudo-diphtheric.: Angina diphtherophlegmonosa. Die Diagnose ist sehr schwierig; und die Mikroorganismen und der Verlauf (Eiterbildung oder nicht) können die Differentialdiagnose ermöglichen.

Man muss darum in allen Fällen von Tonsillenphlegmonen an Diphtherie denken, die Membranen untersuchen und in allen zweifelhaften Fällen sofort Serum injizieren. Menier.

245. **West, Methode zur vollständigen Enukleation der Gaumenmandel.** *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

West tritt für die Entfernung der Mandel mitsamt der fibrösen Kapsel ein. Seine Methode unterscheidet sich von den bisher zu diesem Zweck angegebenen dadurch, dass er der Übersichtlichkeit wegen zuerst mit einem L-förmigen Messer die Mandel vom hinteren Gaumenbogen lostrennt. Dann folgt die Abtrennung vom vorderen Bogen, zuletzt die Durchschneidung des lockeren Bindegewebes zwischen Kapsel und mittlerem Konstriktor. Blutstillung durch Kompression mit Gazetampon, oder, wenn diese nicht genügt, durch gebogene, eigens konstruierte Arterienklammern.

Arth. Meyer.

246. **Voorless, Irwing Wilson, The Galvano-cautery as a factor in peritonsillar abscess.** *New-York State journal of medecine April 1909.*

Verf. hat häufig peritonsilläre Abszesse gesehen bei Patienten, deren Mandeln mit dem Galvanokauter behandelt waren, infolge von Verlegung der Krypten durch das neugebildete Bindegewebe. Wenn überhaupt, so soll man Galvanokausis nur an gestielten Tonsillen vornehmen.

Max Heimann, New-York.

4. Kehlkopf.

247. **Akerman, Tva tilfällen af operation pa luftvägarne. (Zwei Fälle von Operationen an den Luftwegen.)** *Svenska läkaresällsk. förh. 13/14, 1909.*

Es handelte sich in dem ersten Falle um eine Totalexstirpation des Kehlkopfes und der linken Seite des Schlundes wegen Cancer. Patient befand sich zur Zeit, 2 Monate nach der Operation, sehr gut. In dem zweiten Falle wurde wegen Trachealstriktur eine Querresektion der Trachea vorgenommen. Resultat: Heilung. Jörgen Möller.

248. **Nils Arnoldson, Om larynxtuberkulosens behandling. (Über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose.)** *Hygiea 1909, S. 449.*

Verf. gibt eine Übersicht über die verschiedenen therapeutischen Methoden und berichtet demnächst über 30 eigene Fälle, in denen (mit einer Ausnahme) endolaryngeale Eingriffe vorgenommen wurden. In 22

Fällen wurde Exzision mittelst Doppelcurette verwendet (einmal gleichzeitig Epiglottisamputation). In 3 Fällen heilte die behandelte Stelle vollständig aus, in den meisten andern erzielte Verf. eine erhebliche Besserung, so dass meistens nur noch einige Röte und Schwellung bestanden. Epiglottisamputation wurde 8 mal vorgenommen; in einem Fall wurde keine Besserung erzielt, in den übrigen verschwand die Dysphagie und kehrte später nicht wieder, in keinem der Fälle jedoch trat völlige Heilung ein, indem auch anderweitige Geschwüre vorhanden waren. Tracheotomie wurde einmal in einem verzweifelten Falle versucht, ohne dass jedoch wesentliche Erleichterung erreicht wurde. Verf. befürwortet eine vernünftige, nach den einzelnen Fällen abgewogene, aktive Behandlung, warnt sowohl vor Nihilismus als vor Schablonenmässigkeit. Jörgen Möller.

249. **Blackader, A. D., Muskelstone, H. S., Inspiratory stridor and dyspnoe in infants.** *Archiv of pediatrics. June 1909.*

Verf. bespricht und teilt Fälle mit von angeborenem kongenitalen Stridor, den er auf eine Verengerung des Aditus laryngis (Epiglottis und ary-epiglottische Falte) zurückführt, ferner die Beziehungen der Thymus zur Trachea. Max Heimann, New-York,

250. **Encina, C. T., Larynxstenosen luetischen Ursprungs.** *Boletín de Laringologia, otologia y rinologia, Mai-Juni 1909.*

Verf. berichtet über 4 Fälle, welche die Wirkungslosigkeit der Quecksilberpräparate und des Jodkalis bei rein luetischen Läsionen mit vorgeschrittenen Larynxstenosen zeigen. Solche Läsionen heilen, wenn man die Patienten genug atmen lassen kann.

Unter diesen waren Ärzte, die an Laryngitis hypertrophica litten; man hatte geglaubt, dass entweder Tuberkulose oder Krebs im Spiel waren, da die spezifische Medikation erfolglos blieb. Endolaryngeale Abtragung der Wucherungen verschaffte einen besseren Gaswechsel und die Heilung war prompt.

Bei den zwei anderen Patienten blieb auch die antiluetische Behandlung ohne Erfolg; man musste zur Tracheotomie schreiten. Nach diesem Eingriff verschwanden alle Symptome und die Patienten nehmen an Gewicht zu. Menier.

251. **Erkes-Wien, Über einen Fall von narbigem Kehlkopfverschluss nach Intubation.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909. Heft 6.*

Verf. beschreibt einen Fall von Diphtherie, in welchem die Intubation und danach die Tracheotomie notwendig wurde. Trotz aller prophylaktischen Massnahmen — täglich kurz dauernde Intubation und Bougieren — entwickelte sich ein vollständiger narbiger Larynxverschluss.

Sommer, Würzburg.

252. **Koschier-Wien, Zur operativen Behandlung des Larynxkarzinoms.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 26 u. 27.*

Die Arbeit beleuchtet die einzelnen Methoden der operativen Behandlung des Larynxkarzinoms an der Hand der von Koschier in den Jahren 1900 bis 1908 operierten Fälle. In wenige kurze Worte lässt sich der Inhalt nicht zusammenfassen, betr. der statistischen Details sei auf das Original verwiesen. Sommer, Würzburg.

253. **Landwehrmann-Rostock, Altes und Neues über den Heilwert der Tracheotomie bei Kehlkopftuberkulose.** *Zeitschrift Ohrenheilkunde etc. LVIII. Bd. 3 u. 4. H.*

Verf. verwendet sich für die kurative Tracheotomie bei Kehlkopftuberkulose in geeigneten Fällen. — Er führt 4 Fälle von Dauerheilungen nach Tracheotomie an (Rostocker Universitätsklinik) bei Kindern von 11 bis 13 Jahren mit einer Beobachtungszeit von $4^1/_4$ bis $8^1/_4$ Jahren, sowie einen neueren Fall, eine 23jährige Patientin, bei welcher nach längerer erfolgloser Kehlkopfbehandlung nach der Tracheotomie aus kurativer Indikation ohne jede lokale Behandlung auffallend rasche Ausheilung des Larynx neben bedeutender Gewichtszunahme und Besserung des Lungenleidens eintrat. Oertel, Dresden.

254. **Martin, Ein Fall von Strahlenpilzkrankheit bei einem Menschen. (Un caso de retinomicosis humana.)** *Revista Barcelonesa de Enfermedads de vido, garganta y nariz, 30. Juni 1909.*

Der 30jährige Patient hatte seit 4 Monaten Abszesse der pharyngealen und prätrachealen Gegend. Die bakteriologische Untersuchung liess Strahlenpilzkörner entdecken. Was diesem Falle eine besondere Schwere verlieh, war der Umstand, dass der grösste Abszess über der Membrana cricothyroidea sass; die Dünne dieser Membran liess das intratracheale Eindringen der Pilze befürchten. Heilung durch Auskratzen, Jodkali und Radiumbestrahlungen. Menier.

255. **Gaston Poyet, Leucoplasie laryngée.** *Annales des maladies de l'oreille etc. tome XXXV, No. 7.*

Unter demselben Titel hat der Autor, der Sohn des bekannten Laryngologen, seine Inauguraldissertation erscheinen lassen; der gegenwärtige Artikel kondensiert die These. Wenn man, um Konfusionen zu vermeiden, den Ausdruck Leukoplacie nur für die parasyphilitischen Verhornungsprozesse der Schleimhäute festhalten wollte, so würde man mit dem Autor alle Pachydermien des Kehlkopfes, trotz ihrer weissen Färbung, nicht unter die Leukoplacien des Kehlkopfes aufnehmen dürfen. Schon mit Rücksicht auf die Therapie müsste man daran festhalten, denn es ist nicht gleichgültig, ob man einen Patienten eine antisyphilitische Kur machen lässt oder demselben die Thyrotomie anempfehlen soll. Will man aber der Leukoplacie nicht unter allen Umständen einen syphilitischen Ursprung zuerkennen, dann allerdings ist an der Zusammenfassung Poyets nichts auszusetzen, aber andererseits muss auch dann zugegeben werden, dass wir in der Auffassung dieser eigentümlichen Verhornungsprozesse nicht weiter sind wie zu Virchows Zeiten. Lautmann.

256. **Solaro, Primäres Kehlkopferysipel.** *Archives internationales de Laryngologie, Mai-Juni 1909.*

Ein Lastträger, starker Potator, der viel Tabak raucht oder kaut, ungesund lebt und schläft, hat plötzlich einen heftigen Fieberfrost und starkes Unwohlsein. Im Spital Delirium; Temperatur: 40° C; Puls 120; Stimme heiser; Schmerzen im Hals, die durch den Schluckakt gesteigert werden; Drüsenschwellung. Laryngoskopisch konstatiert man eine heftige Rötung

und Schwellung des Larynxeingangs — Tracheotomie. Die Umgebung der Tracheotomiewunde wird von einem Erysipel ergriffen. Nach und nach liessen alle diese Erscheinungen nach und Patient genas.

Die Larynxrose ist sehr selten. Die Symptomatologie: plötzliches Auftreten, hohes Fieber, schnelle Verschlechterung des Zustandes, Dysphagie und Dyspnoe; Rötung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut erlaubt eine richtige Diagnose. Da die Affektion schnell fortschreitet und eine direkte Lebensgefahr bedeutet, ist ein frühzeitiges Eingreifen indiziert.

Menier.

5. Trachea, Bronchien, Ösophagus.

257. **H. Bardy, Främmande kropp, som med bronchoskopets tillhjälp extraheras fraan en bronchus af II. ordningen. (Bronchoskopische Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Bronchus 2. Ordnung.)** *Finska lakaresällsk. handl. 1909, S. 421.*

Patient hatte wegen einer luetischen Verengerung des Kehlkopfes 30 Jahre lang Trachealkanüle getragen: eines Tages wurde die Röhre der Kanüle von der Platte losgerissen und fiel in die Trachea hinab. Während seiner Versuche mittelst eines Eisendrahtes den Fremdkörper herauszuziehen, hatte der Patient ihn tief hinunter geschoben und die Luftröhre geschädigt. Zwei Tage später kam er nach Helsingfors, wo der Fremdkörper mit Hilfe des Bronchoskopes extrahiert wurde. Die Röhre der Kanüle sass in dem Bronchus des mittleren Lappens der rechten Lunge. Der Krankheitsverlauf wurde durch ein rechtsseitiges Pleuraempyem kompliziert, das 12 Tage später operiert wurde. Einen Monat nach der Aufnahme wurde Patient als Rekonvaleszent entlassen. Jörgen Möller.

258. **Cameron und Lightoller, Queensland, Ein Fall kongenitaler Missbildung des Ösophagus.** *Australasian Medical Gazette, März 1909.*

In dem hier erwähnten Falle endete der Ösophagus blind 12,7 cm vom Zahnfleisch, wo er mit der Trachea zusammenhing. Vom Magen aufwärts verfolgt, zeigte es sich, dass der Ösophagus durchgängig war und etwas oberhalb der Bifurkation in die Trachea mündete. Das Kind starb am fünften Tage nach der Geburt an Bronchopneumonie.

Guthrie, Liverpool.

259. **Guisez, Tracheo-Bronchoskopisches. Diagnose und Behandlung einiger wenig bekannter intrathorakaler Affektionen.** *Archives internat. de Laryngologie, März-April 1909.*

Erster Fall: Intratrachealer Polyp mit Ansatz am zweiten Trachealring. Endoskopische Abtragung.

Zweiter Fall: Doppelte Valvula tracheae, die Dyspnoe verursacht. Heilung nach endoskopischer Operation.

Verschiedene andere Fälle von externer Kompression der Trachea, von Druckerscheinungen durch intrathorakale Drüsen bedingt, von Kropf, von Aortaaneurysma; von Fremdkörpern der Bronchien. Menier.

260. **Haker-Steiermark, Hochgradige Osophagusstriktur in der Höhe der Bifurkation nach Laugenverätzung.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 26.*

Verf. erläutert den Vorgang der Dilatation mittelst Sondierung ohne Ende mit Drainröhren vom Munde zur angelegten Magenfistel.

Sommer, Würzburg.

261. **Marfan, Verengerung der Trachea infolge von Kompression durch die Thymus.** *Académie de médecine Paris, 8. April 1909.*

Die hypertrophische Thymus kann die Trachea zusammendrücken und inspiratorisches Einziehen der Magengrube und der Rippenbögen verursachen. Solche Fälle sind alltäglich und landläufig. Solche Störungen kommen nur bei sehr jungen Kindern vor, weil dann die knorpeligen Trachealringe sich leicht zusammendrücken lassen und die Drüse noch nicht in Rückbildung begriffen ist.

In dem Falle Marfan's wurde ein 12jähriger Patient ins Spital aufgenommen, weil er eine Diphtherie mit Erscheinungen einer Laryngotracheitis pseudo-membranacea hatte. Der Patient wird mit starken Dosen Serum behandelt. Er stirbt an Dyspnoe. Die Obduktion zeigt, dass weder in der Trachea noch im Larynx Membranen zu finden sind; dagegen ist die Luftröhre von einer enorm hypertrophierten Thymusdrüse eingeschlossen und komprimiert.

Das Alter, das Auftreten der Störungen im Verlaufe einer Diphtherie berechtigen zur Bildung einer neuen Art von Trachealstenosen durch die hypertrophierte Thymus. Verf. glaubt, dass die diphtherische Intoxikation eine plötzliche Kongestion der Thymus veranlasste. Menier.

262. **Peters, F. Kirchners und Partiks Pharynxdivertikel und ihre klinische Bedeutung.** *Zeitschrift für Ohrenheilk. etc. LVIII. Bd, 3. u. 4. H.*

Verf. bespricht, an der Hand dreier Krankengeschichten, die Entstehung, Anatomie etc. der recht seltenen Divertikel des Epipharynx. — Die klinischen Symptome derselben sind ziemlich gering, im Gegensatz zu den charakteristischen Schluck- und Atembeschwerden, welche die tiefer sitzenden Pharynxdivertikel verursachen, doch können sie gelegentlich der Sitz von Entzündungen sein und die Abheilung von Pharyngitiden etc. verhindern; es ist daher angebracht, auf ihr Vorkommen zu achten. — Auch können nach Körner die Kirchner'schen Divertikel (Divertikel der 1. Schlundspalte) selbst bei vorsichtigem Katheterisieren zu submukösen Emphysemen Veranlassung geben infolge von starker Verdünnung der Tubenwandung an den Divertikeln. Oertel, Dresden.

263. **Heinrich Schum, Über das Verhalten der Schluckgeräusche bei Ösophagusstenose.** *Aus der med. Univ.-Klinik zu Kiel. Diss. Kiel 1909, 42 S.*

Die Ergebnisse des Verf. sind kurz zusammengefasst folgende: 1. Bei jeder (mit ganz verschwindenden Ausnahmen) Ösophagusstenose finden sich wesentliche Veränderungen der Schluckgeräusche, meist des sekundären in Gestalt von Verspätung oder Fehlen; manchmal beides nebeneinander oder seltener neben zeitweilig normalem Befund; vereinzelt

findet man Veränderungen des primären Geräusches. 2. Irgendwelchen sicheren Anhaltspunkt für den Sitz und den Grad einer Stenose können die Schluckgeräusche nicht geben. 3. Auch auf die Ätiologie einer Speiseröhrenverengerung kann aus der Art der Schluckgeräusche nicht geschlossen werden. Fritz Loeb, München.

264. **Tilley, London, Direkte Ösophagoskopie, eine einzigartige Erfahrung.** *Lancet, März, 27. 1909.*

Der Patient, ein vier Tage altes Baby, hatte den Sauger eines Schnullers verschluckt, was vollständigen Verschluss der Speiseröhre zur Folge hatte. Mittelst der allerkleinsten Bronchoskopie-Röhre konnte man am unteren Ende des Ösophagus eine weisse Masse sehen. Sie wurde entfernt und erwies sich als ein Wattebäuschchen, womit der Sauger gestopft war. Nun wurde der Gummisauger selbst entfernt und es zeigten sich weiter keine Störungen. Guthrie, Liverpool.

6. Mundhöhle.

265. **Brunk, Choanalatresie und Gaumenform.** *Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LIX. Bd. 1. H.*

Die Entstehungsweise des „hohen Gaumens" suchen zwei verschiedene Theorien zu erklären. Die eine nimmt an, dass der hohe Gaumen, die sog. Hypsistaphylie, eine Teilerscheinung von einer angeborenen hohen und schmalen Formation des Gesichtsskeletts, der Leptoprosopie, ist, während die andere die Entstehung des hohen Gaumens auf Mundatmung zurückführt. Verf. weist in seiner Arbeit nach, dass bei doppelseitigen vollständigen und lange genug bestehenden Choanenverschlüssen, die das vollkommendste Beispiel dauernder Mundatmung darstellen, fast konstant hoher Gaumen zu finden ist und hält damit die Entstehung der Hypsistaphylie durch Mundatmung für erwiesen; als wichtigster Faktor, welcher zur Gaumendeformation führt, gilt der Druck, den bei offenem Munde die gespannten Wangen auf die seitlichen Teile des oberen Alveolarbogens ausüben bei fehlendem Gegendruck der Zunge; unterstützend wirken soll der Anprall der Atemluft an das Gaumendach und eine gewisse Inaktivitätsatrophie in der Nase. — Gegen die andere Theorie, welche den hohen Gaumen als Teilerscheinung der Leptoprosopie erklärt, führt Verf. eine Anzahl einleuchtender Gründe an; er gibt zu, dass Leptoprosopie häufig mit hohem Gaumen angetroffen werden müsse, da jeder hohe Gaumen das Gesicht höher machen müsse. Oertel, Dresden.

266. **Grenet, Über ulzeröse Stomatitis.** *Gazette des Hôpitaux No. 37, 1909.*

Stomatitis darf nur dann als ulzerös bezeichnet werden, wenn die Geschwürsbildung einen essentiellen Charakter hat, d. i., wenn sie ohne vorhergehende Verletzung des Mundes auftritt. Sie ist sehr ansteckend; die Infektion kann direkt oder indirekt erfolgen. Verf. fand immer Spirillen und fusiforme Stäbchen. Er glaubt, dass die Plautsche Angina und die ulzeröse Stomatitis eine und dieselbe Krankheit, mit nur verschiedenem Sitze sind. Die Symptomatologie (Geschwüre, Foetor ex ore, Drüsenschwellungen, Salivation, Dysphagie, Fieber) ist wohl bekannt. Jodtinktur, chlorsaures Kali, Methylenblau sind die besten Heilmittel. Menier.

267. **Katz, Berlin-Wilmersdorf, Über Vorkommen von Mundschleimhautpigmentierungen.** *Med. Klinik 1909, Nr. 25.*

Verf. hat Mundschleimhautpigmentierungen bei Schwarzen der Kapkolonie beobachtet und erklärt dieselben für physiologische Erscheinungen.
Sommer, Würzburg.

268. **Khautz jun., Wien, Ein Fall von Rigascher Krankheit.** *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 25.*

Die Erkrankung betrifft ein 9 Monate altes Brustkind, bei welchem sich innerhalb 14 Tagen am Frenulum linguae eine hellergrosse, breitpilzhutförmig aufsitzende, derbe Geschwulst entwickelt hat, die am Rande seicht gekerbt und rötlich, sonst von einem graugelben, festhaftenden Belage bedeckt ist. Untere Schneidezähne gut entwickelt; dieselben dürften ätiologisch insofern eine Rolle spielen, als sie eine beträchtliche mechanische Reizung des Zungenbändchens während des Saugaktes bewirken. Pertussis ist nicht vorhanden. Sommer, Würzburg.

269. **Mummery, London, Wert der Mundspülungen.** *Practitioner, Mai 1909.*

Nach kurzer Beschreibung der Organismen, welche man im gesunden und im kranken Munde findet, gibt der Verf. Tabellen, welche die bakterizide Wirksamkeit der verschiedenen Antiseptika, die gewöhnlich zu Spülungen des Mundes gebraucht werden, zeigen. Er weist auf die verhältnismässige Nutzlosigkeit der meisten hin, besonders der Karbolsäure. Um wirksam zu sein, müsste die Spülung imstande sein die Organismen zu töten und nicht nur ihre Verbreitung verhindern. Sie sollte die gewünschte Wirkung auch in kurzer Zeit hervorbringen können, da der Patient das Spülwasser kaum länger als eine Minute im Munde hält. Die wirksamsten Spülmittel sind Salizyl und Benzoë.
Guthrie, Liverpool.

270. **Novotny, Über Gaumengeschwüre bei Abdominaltyphus (mit einer Statistik der in den letzten 10 Jahren an der III. med. Klinik beobachteten Typhusfälle).** *Wien. klin Wochenschr. 22, 1909.*

In den letzten 10 Jahren wurden auf der III. med. Klinik 102, Typhusfälle beobachtet, darunter bei 24 Larynxaffektionen = 23,52 %, mehr oder weniger ausgesprochene Ulzerationen in 6 Fällen = 5,85 %. In dem letzten vom Verf. beobachteten Falle wurde nebst Typhusbazillen in Blut, Fäzes und Harn aus den Gaumengeschwüren Paratyphus B. reingezüchtet und serologisch als solche festgestellt. Wolf, Würzburg.

271. **Sergent, Leukoplakia buccalis und Syphilis.** *Journal des Praticiens No. 5, 1909.*

Schlussfolgerungen: Der semiologische Wert der Leukoplakia buccalis ist ein sehr grosser und jede Plaque von Leukoplakia ist ein sicherer Beweis einer stattgefundenen syphilitischen Infektion in den Antecedentien des Trägers. Menier.

272. **Simoni, Beiträge zur parasitären Ätiologie der Papillitis exfoliativa areata linguae.** *Archives internat. de Laryngologie. März-April 1909.*

In einem solchen Falle fand Verf. einen Hypomyzes (Penicillum) den er als Erreger der Krankheit anspricht. Bis jetzt ist die Art des Pilzes unbestimmt; da er verschiedene Charaktere darbietet, die ihn von den bis jetzt bekannten Penicillien (P. glaucum, P. luteum, P. aureum, P. crustaceum, P. insigne) unterscheiden. Menier.

273. **Törne, Lund, Vier Fälle von Zahnfleischtuberkulose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909, Heft 6.*

Verf. hat in keinem Falle einen günstigen Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Prozess gesehen. Sommer, Würzburg.

7. Grenzgebiete.

274. **Garlock, W. B., Glandular fever.** *New-York State Journal of medecine 09.*

Behandelt das sog. Pfeifer'sche Drüsenfieber; in dem mitgeteilten Falle bestand neben den übrigen bekannten Erscheinungen starke Leber-Milzschwellung und geringe Leukozytose.

Max Heimann, New-York.

275. **McGarrison, Gilgit, Kashmir, Weitere Untersuchungen über die Ätiologie des endemischen Kropfes.** *Quarterly Journ. Med. Sc. April 1909.*

Der Verf. hat eine Reihe von Experimenten an Menschen, darunter an sich selbst, wie auch an Affen vorgenommen, um die Ätiologie der Krankheit festzustellen. Die Resultate, zu denen er gekommen, sind folgende: 1. Beim Menschen kann der Kropf experimentell hervorgebracht werden durch Verabreichung der in der Flüssigkeit enthaltenden Materie, nachdem man sie durch Filtrieren von dem als kropferzeugend bekannten Wasser ausgeschieden. 2. Der Kropf kann nicht erzeugt werden, wenn diese betreffende Materie gekocht wird. 3. Folglich wird die Krankheit durch einen in dieser Materie enthaltenen lebenden Organismus hervorgebracht. 4. Die Inkubationsperiode des experimentell erzeugten Kropfes beträgt 13 bis 15 Tage. 5. Der Kropf kann durch Verabreichung innerlicher Antiseptika, speziell von Thymol geheilt werden. Daher ist der Organismus wahrscheinlich ein Parasit im Inneren des Menschen. 6. Die Ausleerungen der meisten Fälle von Kropf in Gilgit zeigen reichliche Amöben. Jedoch ist bis jetzt kein definitiver Beweis für den Zusammenhang zwischen der Amöbe und der Krankheit erbracht worden.

Die Beobachtungen des Verf. beziehen sich nur auf den in Gilgit, in Kashmir vorkommenden endemischen Kropf und er enthält sich jeder Schlussfolgerung hieraus auf den Kropf, den man anderweitig findet.

Guthrie, Liverpool.

276. **Glas und Kraus, Wien, Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberkulose des Kehlkopfes.** *Med. Klinik 1909, Nr. 26 und 27.*

Die Generationsvorgänge üben auf die Kehlkopftuberkulose in der grossen Mehrzahl der Fälle einen ungünstigen Einfluss aus. Die Veit-

schen Sätze von der Abhängigkeit der Prognose, von den Gewichtsverhältnissen der Graviden behalten im grossen und ganzen ihre Richtigkeit. Bei Progredienz des Larynxprozesses erscheint die Einleitung des Abortus in den ersten Monaten indiziert. Ende der Schwangerschaft manifest werdende Prozesse von relativ gutartigem Charakter machen die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht notwendig. Bei vorgeschrittenen Prozessen ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt kontraindiziert, da diese das akute Fortschreiten des Prozesses in keiner Weise zu hemmen vermag.

Sommer, Würzburg.

277. **Grünwald, L., Halsabszesse, Santorinische und Glasersche Spalten.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde etc. LVII. Bd. 4. H.*

Verf. berichtet über den Durchbruch eines Drüsenabszesses in Gehörgang und Paukenhöhle zugleich und über 2 Versuche an der Leiche zur Feststellung des Weges, welchen der Eiter bei derartigen Fällen nimmt.

Oertel, Dresden.

278. **J. van der Hoeve, Erkrankung des Nervus opticus bei Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Ziekte van de gezichtszenuw by ontsteking der neusbyholten.)** *Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde 1909, 1. helft, No. 14.*

Affektionen des Nervus opticus können, auch ohne Orbitalphlegmone, von der Nase ausgehen. Ursprünglich meinte man, dass speziell der Sinus sphenoidalis daran Schuld sei, später aber hat man gesehen, dass auch die Cellulae ethmoidales posteriores eine wichtige Rolle dabei spielen können. Gewöhnlich verläuft die Opticusaffektion als eine akute Neuritis retrobulbaris und meist einseitig, obgleich von Fuchs, Paunz u. a. auch doppelseitige beschrieben sind.

Van der Hoeve gibt eine Beschreibung der Veränderungen, welche bei Neuritis retrobulbaris im Auge wahrnehmbar sind. Dass eine Neuritis retrobulbaris von der Nase ausgeht, wird gewöhnlich nach Ausschluss von anderen ätiologischen Momenten sichergestellt, da sehr oft keine Nasensymptome vorhanden sind. In vielen Fällen kann durch Nasenbehandlung (Eröffnung des Sinus sphenoidalis und der hinteren Siebbeinzellen) Heilung erzielt werden, wenn noch keine Atrophie des Nervus opticus eingetreten ist. Je eher man in solchen Fällen operativ eingreift, desto günstiger ist die Prognose, darum ist es wichtig, die Anfangssymptome der Krankheit zu kennen.

Nach Erörterung der Lageverhältnisse der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen zum Nervus opticus, welche von Onodi besonders untersucht sind, behandelt Van der Hoeve die pathologisch-anatomischen Prozesse, welche im Nervus opticus auftreten können und er meint, dass in den Fällen, bei welchen durch Nasenoperation Heilung folgt, nur Ödem oder Kompression des Nervus stattgefunden hat; wenn auch nach der Operation Atrophie des Nervus auftritt, ist diese eine Folge von Neuritis.

Van der Hoeve erwähnt ausführlich einen Fall von Neuritis retrobulbaris nasalen Ursprungs.

Patient, ein Mann von 24 Jahren, wurde Mai 1908 ophthalmoskopisch untersucht und die Augen wurden ganz gesund befunden. Im Dezember 1908 wurde links Neuritis retrobulbaris festgestellt. Nach

Schmierkur und Salizyl folgte keine Besserung. Im Januar 1909 V. O. S. 3/60 mit zentralem Skotom, V. O. D. 5/5 ohne Skotom. Von Professor Snellen wurde die Meinung ausgesprochen, dass die Neuritis retrobulbaris nasalen Ursprungs sei.

Quix fand die Schleimhaut der Nase, links in der Nähe der Concha media pastös geschwollen, die Concha media ist vergrössert. In der Rima olfactoria ist Schleim, bei Durchleuchtung wurde nichts Abnormes gefunden.

27. Januar V. O. S. 3/60, V. O. D. 1/2. An beiden Papillen ist an der temporalen Seite ein atrophischer Sektor von 120 zu sehen. Zwischen der Papille und der Makula sind atrophische Veränderungen wahrnehmbar, links stärker als rechts. In dem linken Fundus bestehen kleine Hämorrhagien. Der linke Sinus sphenoidalis und die hinteren Siebbeinzellen werden geöffnet, nach Entfernung der Concha media. Die Schleimhaut des Sinus ist ödematös, in der Höhle wird nur sehr wenig Schleimeiter gefunden.

Das linke Auge besserte sich nur sehr wenig nach der Operation, nur der Visus wurde etwas besser, aber die Skotome nicht. 2. Februar wurde von Dr. Quix der rechte Sinus sphenoidalis und die hinteren Siebbeinzellen geöffnet. 3. Februar waren die Skotome am linken Auge, welche bis zu der letzten Operation unverändert geblieben waren, schon viel kleiner geworden, aber als Patient 25. Februar nochmals untersucht wurde, zeigte sich, dass im linken Auge der Visus derselbe geblieben war, aber im rechten Auge das anfängliche Resultat wieder verloren gegangen war. In diesem Falle sind von beiden Nervi optici die makulopapillären Fasern affiziert durch doppelseitige Entzündung der hinteren Nasennebenhöhlen. Das Operieren der Nebenhöhlen der linken Seite hat kein Resultat gehabt, die Behandlung der rechten Nasenhälfte aber hat den Zustand zeitweise etwas gebessert. Hier haben, wie Onodi angibt, wahrscheinlich die Nebenhöhlen der rechten Seite in Zusammenhang gestanden mit den beiden Nervi optici. Da das rechte Auge so viel später affiziert wurde, kann man vielleicht annehmen, dass die Scheidewand zwischen Nebenhöhle und Canalis opticus rechts dicker gewesen ist als links. Van der Hoeve hält es für sehr wichtig, dass das erste abnorme Skotom gefunden wurde als eine Vergrösserung des blinden Fleckes für Farben. Birch Hirschfeld gibt an, dass ein centrales Skotom das erste Symptom einer Neuritis retrobulbaris nasalen Ursprungs sein kann. Vergrösserung des blinden Fleckes für Farben kann dem Zentralskotom vorausgehen, darum soll in jedem verdächtigen Falle darauf untersucht werden. Van der Hoeve konnte noch einen zweiten Fall wahrnehmen bei rechtsseitiger Naseneiterung. Bei Röntgenaufnahme zeigte sich die rechte Nasenhälfte dunkel. Das linke Auge hat einen normalen blinden Fleck für Weiss und Farben, rechts war er zwar normal für Weiss, für Blau, Rot und Grün aber ist er stark vergrössert. Später wurde auch links der blinde Fleck für Farben und Weiss viel grösser. Der Patient entzieht sich leider der Behandlung.

Kan, Leiden.

279. **Kiliani, O., Alcohol injections in neuralgies especielly in tic douloureux.** *Medical Record, June 5, 1909.*

Seit 1906 hat Kiliani 190 Patienten mit Neuralgien mittelst Schlosserscher Alkoholinjektionen (80%) behandelt, darunter 185 Hei-

lungen. Je nach Sitz des Schmerzes sticht Kiliani in das Foramen supraorbitale, infraorbitale, mentale rotundum oder ovale ein. Einmal sah er eine Oculomotoriuslähmung einer Einspritzung ins Foramen infraorbitale und einmal eine grössere Fazialislähmung einer Injektion folgen. Bis heute war in 42 % der Fälle kein Rezidiv; letztere verschwanden sofort nach erneuter Injektion. Heimann, New-York.

280. **A. C. H. Moll, Kopfschmerz als Folgeerscheinung von Nasenleiden und ihre Diagnose. (Hoofpyn als menigvuldig gevolg van Neuslyden en hare diagnose.)** *Medisch Weekblad voor Noord-en Zuid-Nederland 15 Jaargang No. 52, 16 Jaargang No. 1 en 2.*

Auf Anregung der Publikation von Veckenstedt in den Würzburger Abhandlungen hat Moll den Kopfschmerz als Folgeerscheinung von Nasenleiden in einer Versammlung des Ärztevereins in Arnheim besprochen.

Oft werden Patienten, welche wegen Kopfschmerzen jahrelang ohne Resultat von verschiedenen Spezialisten behandelt sind, endlich zum Nasenarzt geschickt und geheilt. Der Zusammenhang zwischen Nasenleiden und Kopfschmerz ist noch nicht überall bekannt und die Nase kann auch ohne lokale Symptome Kopfschmerz verursachen.

Nach Veckenstedt unterscheidet man bei Nasenleiden lokalen, neuralgischen und zerebralen Kopfschmerz. Der lokale Kopfschmerz, welcher bei akuten und chronischen Nebenhöhleneiterungen auftreten kann, wird ausführlich besprochen und eine Behandlungsmethode durch Luftverdünnung in der Nase, welche Moll schon früher veröffentlicht hat.

Auch der neuralgische Kopfschmerz wird behandelt. Dieser Schmerz, speziell im Gebiete des Nervus supraorbitalis und infraorbitalis kann von verschiedenen Nebenhöhleneiterungen ausgehen, auch bei Geschwülsten der Nase, bösartigen wie gutartigen, aber besonders bei Karzinomen der Nebenhöhlen. Der zerebrale Kopfschmerz ist diffus über den ganzen Kopf verbreitet und unbestimmt. Bekannt sind die Benommenheit des Kopfes und der Kopfschmerz bei Coryza. Bei chronischen Katarrhen und Polypen, bei Zirkulationsstörungen kann zerebraler Kopfschmerz bestehen und besonders bei nervös Prädisponierten kann dieser Schmerz reflektorisch von verschiedenen Nasenaffektionen ausgelöst werden.

Die Diagnose ist oft sehr schwierig, wie Moll durch Beispiele zeigt.
Kan, Leiden.

281. **Fr. Reinking, Der Hirnprolaps in der Oto- und Rhinologie.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc. LVIII. Bd. 1. und 2. H.*

Eingehende Abhandlung über Entstehung, Diagnose, Prognose, Verlauf, Prophylaxe und Therapie des Hirnprolapses nach Ohr- und Nebenhöhlenoperationen pp. mit einschlägigen Krankengeschichten und genauer Angabe der schon ziemlich umfangreichen diesbezüglichen Literatur.
Oertel, Dresden.

282. **H. Schlesinger.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24. 1909.*

Demonstration einer 50jährigen Frau, mit Kopfgeräuschen, welche wahrscheinlich durch Gaumensegelkrämpfe hervorgerufen werden. H. glaubt, dass dieselben vielleicht reflektorisch von den vorhandenen Nasenpolypen ausgelöst werden. F. M. Wolf, Würzburg.

III. Literaturverzeichnis.

Allgemeines. Geschichte.

Baumgarten, E., Über den Zusammenhang der Krankheiten der oberen Luftwege und der urogenitalen Organe. *Budapesti orvosi ujság Nr. 14, 1909. Beilage Gégészet Nr. 1.*

Berini, Ein neuer Inhalator (Nuovo inhalatore). *Gazzetta degli ospedali, 28. Februar 1909.*

Billard et Maltet, Sérothérapie contre le rhume des foins et l'asthme. (Serotherapie gegen Heufieber und Asthma.) *Gazette des Hôpitaux 6 Mai 1909.*

Brindel, A., Épreuve positive à l'adrénaline; réaction de Meltzer et Lœvi dans un cas de section accidentelle simultanée du sympathique et du pneumogastrique. *Rev. hebd. de laryng. 1909, Nr. 17.*

Clerc, L'Istituto clinico oto-rino-laringologico a Milano. (Das klinische Institut für Oto-Rhino-Laryngologie in Mailand.) *La Pratica Oto-rino-laringo-atrica 1908, October.*

Flotats Domenech, Die Beblitzung und die bösartigen Neubildungen mit besonderer Rücksicht auf die Rhino-laryngologie. *Revista barcelonesa de Enfermedades de Oido, gorganta y naréz 30. Juni 1909.*

Gámán, B., Fall von Sklerom. *Orvosi Hetilap Nr. 16, 1909.*

Javecky, Hermann, Influenza affecting the upper resperatory tract. *American medecine, February 1909.*

Irsay, A. v., Fälle von Rhino-Laryngosklerom. *Orvosi Hetilap, Nr. 14, 1909.*

Lagerlöf, Alypin i oto-rhino-laryngolgisk praxis. (Alypin in der oto-laryngologischen Praxis.) *Allm. svenska läkaretidn, 1909, S. 329.*

Longworthy, Henry Gliver, Throat diseases in children. *Illinois Medical Journal, March 1909.*

Levy, Robert, Vaccine therapie in otology and Rhino-Laryngology. *American Medicine, April 1909.*

Mori, La malattia da Siero nei bambini. (Die Serumkrankheit bei Kindern.) *Gazz. degli ospedali, 9 Mai 1909.*

Nieddu, L' enuresi in rapporto all' oto-rinolaringologia. (Bettnässen in seinen Beziehungen zu oto-rhino-laryngologischen Prozessen.) *XII. Congr. it. di Laringolog. etc. in Archivio it. di Otologia 1909, Nr. 3.*

Peri, A., Di un nuovo metodo di terapia inalatoria. Inalatore a secco Koerting. *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. Vol. XX, n. 4, Juli 1909.*

Pfeiffer, Emil, Drüsenfieber. *Verhandl. des 25. Kongr. für innere Med. in Wien, 1908, S. 539 ff.*

Sonlé, Isaac C., High frequency, high potential currents in diseases of the nose and throut. *The Journal of advanced terapeutics. June 1909.*

Staurenghi, L' alipina nella pratica oto-rino-laringologica. (Das Alypin in der oto-rhino-laryngologischen Praxis.) *XII. Congr. it. di Laringolog. etc. in Archivio ital. di Otologia etc. 1909, Nr. 3.*

Stutler, W. K., Acute inflammation af the mucous membranes af the upper air passages. *Journal Missouri State medical association, June 1909.*

Tóvölgyi, E., Fall von Dyspnoe während des Schlafes. *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Zenker, P., Beiträge zur Histologie der oberen Luftwege. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Dissertationen[1]):

Bender, Otto, Die Schleimhautnerven des Fascialis, Glossopharyngeus, Vagus. *Studien zur Morphologie des Mittelohres und der benachbarten Kopfregion der Wirbeltiere. Heidelberg 1907.*

Deitmar, Joseph, Die Symptomatologie der Halsrippen des Menschen. *Erlangen 1907.*

Meyer, Artur, Ein Fall von Lungengangrän bei Typhus abdominalis nebst einer Übersicht über die Bedeutung des Ebertschen Bazillus bei komplikatorischen Erkrankungen des Respirationsapparates. *Strassburg 1908.*

Nase und Nebenhöhlen.

Ardenne, F., Sur un cas d'ostéome du sinus frontal. *Rev. hébdom. lar. 1909, Nr. 22.*

Baumgarten, E., Fall von Nasenlupus. *Orvosi Hetilap, Nr. 25, 1909.*

Butler, Margarethe, Some reflex neuroses cured by treatment of coexistent nasal affections. *Monthly cyclopedia and medical bulletin, January 1909.*

Carter, William Wesley, Hay fever and other rhinological causes af asthma. *Medical Record, May 29, 1909.*

Cocks, Gerhard H., Submucous resection of the nasal septum; need of more conservatism in selection of cases; technic af operation. *American Journal of surgery, Feb. 1909.*

Eicken, v., Our experiences with the Killian frontalsinus operation. *Annals of rhinol. and laryngology, March 1909.*

Ellet, E. C., Spontaneous recovery from apparent lateral sinus infection. *The journal of ophthalmology and Oto-laryngology, April 1909.*

Escat, Präventive Nasenhämostase bei sekundärer (postoperativer) Nasenblutung. *Archives internat. de Laryngologie, Mai-Juni 1909.*

Font de Boter, Naevus maternus des Nasenrückens, Heilung durch Radium. *Revista barcelonesa de Enfermedades de Oido, gorganta y naréz 30. Juni 1909, S. 92.*

Furniss, Potter, The submucous resection operation for the removal of deviations and obstructive deformities of the nasal septum. *West London Medical Journal, April 1909.*

Francis, Oswald, Nasal reflex neuroses. *N. Y. policlinic Journal, January 1909.*

Friedberg, Stanton A., Nasal calculus; a report of two cases. *The Journal of ophthalmol. and Oto-laryngologie, May 1909.*

Goetjes, Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Keilbeinhöhle. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

[1]) Das Dissertationsverzeichnis ist von Herrn Dr. Fritz Loeb-München aufgestellt.

Grant, Dundas, Recent Discussions on the Nasal Accessory Sinuses in Relation to the Optic Nerves. *Journ. of Laryngol. XXIV. Nr. 5. 1909, May.*

Stubbs, F. Gurney, Systemic effects of chronic infections of the nose and throat. *The Louisville Monthly Journal, April 1909.*

Hajek, Akutes Empyem des ethmoidalen Labyrinths mit starker Protrusio bulbi. *Archives intern. de Laryng., März-April 1909.*

Hays, Herald M., Practical points in the submucous resection of the nasal septum. *American. Medicin, May 1909.*

Levinstein, O., Beitrag zur nasalen Epilepsie. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Mahu, G., Trépanation curettage et drainage du Sinus maxillaire par voie nasale. *Journal de médecine de Paris, 8. Mai 1909.*

Marchesa, Modificazioni della flora batterica del naso a seconda della stagioni e delle altitudini. (Veränderungen der Bakterienflora der Nase durch Jahreszeit und Meereshöhe.) *XI. Congr. d. soc. it. di Laringologia etc. in Archivio it. di Otolog., 1909, Nr. 3.*

MacPherson, Duncan, Asthma Following Operative Measures in Ethmoiditis. *The Laryngoscope XIX, Nr. 4, April 1909.*

Moure, E. J., Sur deux cas de tumeurs malignes du sinus maxillaire développées aux dépens de kystes radiculaires. *Rev. hébdom. de laryng. 1909, Nr. 15.*

Navratil, D. v., Fall von Nasenstein. *Orvosi Hetilap, Nr. 25, 1909.*

Nelson, B. Black, The relation between deviation of the nasal septum and irregularities of the teeth and jaw. *The journale March 20.*

Onodi, A., Mucocele der mittleren Muskel. *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Derselbe, Durch Stirnhöhlenentzündung verursachte Fälle von Sehstörungen. *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Derselbe, Mit meningealen Symptomen verlaufener Fall von akuter Stirnhöhlenentzündung. *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Derselbe, Intermittierende Störungen des Geruchsinnes. *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Derselbe, Alveoläre Zysten der Kieferhöhle. *Orvosi Hetilap, Nr. 19, 1909.*

Derselbe, Sinusite frontale e meningite sierosa. (Stirnhöhleneiterung und seröse Meningitis.) *XII. Congresso it. di Laringol. etc. in Archivio it. di Otologia etc., 1909, Nr. 3.*

Derselbe, Eröffnung der Stirnhöhle, Neurektomie des N. supraorbitalis. *Orvosi Hetilap, Nr. 20, 1909.*

Derselbe, Über den Wert der elektrischen und radiographischen Durchleuchtung der Stirnhöhle. (Verhandlungen des Budapester kön. Ärztevereins.) *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Pennell, W. W., Headache from nasal cause. *Ohio State medical journal, April 1909.*

Peyre, Porcher W., An expeditious method for submucous resection of the triangulair cartilage of the nose. *New York Med. Journal, June 19, 1909.*

—

Preric, Norval, H., The anatomical relationship between the accessory nasal sinuses and the orbit. *The journal of Ophthalm. and Ot. etc. Febr. 1909.*

Pusateri, Contributo allo studio delle suppurazioni dei seni frontali. (Beitrag zum Studium der Stirnhöhleneiterungen.) *XII. Congresso della soc. it. di Laryngologia etc. in Archivio ital. di Otologia etc. 1909, Nr. 3.*

Pyncton, Edwin, Postoperative nasal haemorrhage. *The Chicago medical Recorder, March 15, 1909.*

Derselbe, Postoperative nasal haemorrhage. *Illinois Med. Journal, März 1909.*

Richardson, Charles W., The operative treatment of deflection of the nasal septum. *The american journal of the medical science. Febr. 1909.*

Schötz, W., Encephalocele basalis intranasalis. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc. LVIII. Bd., 1. u. 2. H.*

Simkó, L., Tuberkulöse Geschwulst der Nase. *Orvosi Hetilap, Nr. 21, 1909.*

Sobernheim, W., Wassermannsche Komplementbindungsmethode und Ozäna. *Arch. für Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Solberg, Pennepose som drænror ved empyem i antrum Highmori. (Federkiel als Drain bei einem Kieferhöhlenempyem.) *Tijdskr. f. d. norske lægefor, S. 446.*

Touty, Resektion des Oberkiefers wegen Karzinom der Kieferhöhle. *Archives internat. de Laryngologie, März-April 1909.*

Wever, Gumma of external nose. *The journal of the Kansas med. society, Jan. 1909.*

Wille, Sinusempyemer. *Medicinsk revue 1909, S. 269.*

Dissertationen:

Anhalt, Georg, Über traumatische Riechlähmungen. *Leipzig 1908.*

Aull, Wilh., Über Septumabszesse. *Würzburg 1908.*

Cuello, P., Über einen Fall von primärem verkalktem Sarkom des Sinus frontalis. *Berlin 1908.*

Grimm, J. E., Ein Beitrag zur Kasuistik des Sarkoma nasi. *Würzburg 1907.*

Kraftmeier, Otto, Plastischer Ersatz bei Defekt der Nase und Deformität der Oberlippe. *Kiel 1907.*

Maass, Ernst, Seltene Missbildungen im Bereiche des Stirnfortsatzes. *Heidelberg 1908.*

Meissner, Herm., Zur operativen Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme. *Leipzig 1907.*

Müller, Friedrich, Die Kieferhöhlenentzündung des Pferdes mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Veränderungen. *Giessen 1907.*

Rick, Otto, Ein Fall von Osteom der linken Stirnbeinhöhle und die osteoplastische Aufmeisselung der Stirnhöhle nach Küster. *Marburg 1907.*

Toepolt, Fr., Zur Kenntnis der von den Nebenhöhlen ausgehenden Orbitalentzündung. *Jena 1908.*

Rachen.

D'Ajutolo, Pinza per fibromi naso-faringei. Zange für nasopharyngeale Polypen. *Gazzetta degli ospedali 13 Giugno 1909.*

Ard, F. C., Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growth. *Medical Record, March 6.*

Avellis, G., Gaumenbogennäher und Mandelquetscher. Zwei neue Instrumente. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Brindel, Über die lakunären akuten ulzerösen Anginen und die ulzeromembranösen Anginen. *Le Larynx, Mai-Juni 1909.*

Brunetti, F., Fibroma della tonsilla sinistra. *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, Vol. XX, Luglio 1909, n. 4.*

Chauveau, Von einem 26 Monate alten Kinde verschlucktes Stück einer Gottstein schen Kürette; Eliminisation durch die Fäzes. *Archives internat. de Laryngologie März-April 1909.*

Cusi, De las hemorragias graves en la amigdalotomia y su tratamiento. (Die schweren Hämorrhagien bei der Tonsillotomie und ihre Behandlung.) *Revist. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1049, v. 7. XI. 1909.*

Hoffmann, R., Über pharyngeale Aktinomykose. *Zeitschrift f. Ohrenheilk., LVIII. Bd., 1. und 2. H.*

Hudson-Makuen, G., Some indication for the removal of the faucial tonsil and suggestions as to its technique. *New-York medical Journal, June 19, 1909.*

Hurd und Wright, Klinische Diagnose der Tuberkulose der Tonsillen. *Archives internat. de Laryngologie, Mai-Juni 1909.*

Irsay, A. v., Polypus tonsillae. *Orvosi Hetilap, Nr. 25, 1909.*

Mc Kinley, W. E., Adenoids and their treatment. *Medical progress, April 1909.*

Lench, W. J., Treatment of faucial tonsil. *Kentucky medical Journal May 15, 1909.*

Levinstein, O., Auf welchen histologischen Vorgängen beruht die Hyperplasie sowie die Atrophie der menschlichen Gaumenmandel? *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.* Vgl. Bericht über die Sitzung d. Berl. laryng. Ges. v. 23. IV. 1909. Arth. Meyer.

Derselbe, Auf welchen histologischen Vorgängen beruht die Hyperplasie sowie die Atrophie der menschlichen Gaumenmandel? (Nebst kritischen Bemerkungen zur normalen Histologie dieses Organs.) *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Lipscher, A., Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen. *Orvosi Hetilap, Nr. 25, 1909.*

Stuart-Low, A case of malignant disease of the naso-pharynx. *Lancet, March 20th, 1909.*

Minerbi, Per esplorare la fauci nei bambini. (Methode um die Untersuchung des Pharynx bei Kindern zu erleichtern.) *Gazzetta degli Ospedali, 27. Juni 1909.*

Mongardi, Un nuovo tonsillotomo. (Ein neues Tonsillotom.) *XII. Congr. it. di Laringolog. etc. in Archivo it. di Ostol. etc. 1909, Nr. 3.*

Onodi, A., Angioma uvulae. *Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1909.*

Raynor, F. C., The lingual tonsil. *American. Journal of surgery, April 1909.*

Reuter, Extraktion eines durch Hypopharyngoskopie festgestellten Fremdkörpers. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVIII. Bd., 3. und 4. H.*
Rhodes, John Edwin, Are there evil effects from the removal af the faucial tonsils? *The Chicago medical recorder, April 15.*
Sudlum, W. D., Adenectomy and tonsillectomy. *Pediatrics, April 1909.*
Summers, J. W., Naso-pharyngeal and oro-pharyngeal obstructions with especial reference to children. *Medical concil, May 1909, July 1909.*
Thune-Jacobsen, Om en Difteriepidemi paa Middelfart Sindssygeanstalt. (Über eine Diphtherieepidemie in der Irrenanstalt Middelfart.) Hospitalstidende 1909, S. 249.
Vohsen, Karl, Operation for malignant growths of the tonsil. (Aus dem Deutschen übersetzt.) *American medicin., April 1909.*
West, J. M., Eine Methode für vollständige Enukleation der Gaumenmandel. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*
Wener, J. S., Tonsillotomy and Tonsillectomy. *The Journal of the Kansas medical society, March 1909.*

Dissertationen:

Bastgen, Franz, Über die behaarten Rachenpolypen. *Giessen 1908.*
Kahl, Walter, Zur Kenntnis der Sarkome des unteren Pharynxabschnittes. *Greifswald 1908.*
Kaul, Robert, Über Papillome des Gaumens nebst einem Fall eigener Beobachtung. *Leipzig 1908.*
Kaulbach, Franz, Zur Frage der Pseudodiphtheriebazillen. *Leipzig 1908.*
Lachmann, J., Untersuchungen über latente Tuberkulose der Rachenmandel mit Berücksichtigung der bisherigen Befunde und der Physiologie der Tonsillen. *Leipzig 1908.*
Schliebs, Albert, Neuere Behandlungsmethoden der Geschwülste des Nasenrachenraumes. *Greifswald 1908.*
Seitz, Adolf, Zur Kasuistik der Nasenrachenfibrome. *Leipzig 1908.*

Kehlkopf.

Allen, Samuel, The advisability of operative interference in malignant disease of the larynx. *The Ohio State medical Journal, May 15, 1909.*
Aronson, A., Über Larynxkondylome. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*
Baumgarten, E., Kehlkopflähmung bei beginnender Tabes. *Orvosi Hetilap Nr. 15, 1909.*
Derselbe, Fall von Kehlkopflupus. *Orvosi Hetilap Nr. 25, 1909.*
Derselbe, Fremdkörper in der Sinus piriformis, spontaner Abgang. *Budapesti orvosi ujság Nr. 14, 1909, Beilage Gégészet, Nr. 1.*
Behandlung der schweren akuten Larynxstenosen bei Kindern, mit Morphineinspritzungen. *Annales de Médecine et de chirurgie infantiles 17. Février 1909.*
Botella, Algunas modificaciones en la técnica de la exstirpacion total de la laringe. (Einige Modifikationen bei der Totalexstirpation des Kehlkopfs. *Revist. Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Bd. 20, Nr. 57.*

Bourack, M., Über die frühzeitige Diagnose und über die Behandlung des Kehlkopfkrebses. *Archives intern. de Laryngologie. März-April 1909.*

Bourgeois et Egger, L., Les œdèmes du larynx. *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 21.*

Cury, E. H., Tuberculosis of the larynx. *The medical Herald, Nov. 1909.*

Greene, W., Crosby, D., Laryngotomy and Laryngectomy for cancer with report of four cases. *The Boston med. and surg. Journal, Jan. 28.*

Debove und Trémolières, Über Larynxapoplexien im Verlaufe der Leberzirrhose. *Bulletins de la sc. méd. des hôpitaux de Paris 1909, Nr. 14.*

Dennis, Frank L., Laryngo-fissure for intrinsic laryngeal carcinoma. *Colorado medecine, June 1909.*

Dodson, J. J., Laryngeal diphtherie, with special reference to intubation. *The journal of the Oklahoma State medical association, Febr. 1909.*

Gereda, Un nuevo bisturi laringeo. (Ein neues Kehlkopf-Bistouri.) *Revist. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1059, v. 21. I. 1909.*

Graef, Charles, Some points of intrest in tuberculosis of the larynx. *Interstate medical journal, May 1909.*

Hahn, R., La galvanocaustica nella cura della tubercolosi laringea. *Arch. it. di Otol., Rinol. e Laringol., Vol. XX, n. 4, Luglio 1909.*

Kahn, Lee, Intubation. *Kentucky med. Journ., June 15.*

Körner, O., Ausrottung eines tuberkulösen Tumors aus dem Ventriculus Morgagni mittelst Thyreotomie; Heilung. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. LVIII. Bd., 1. u. 2. H.*

ter Kuile, Th. Em., Ein verbessertes Modell meines Hinterwandspiegels. *Arch f. Laryng.. Bd. 22, H. 1.*

Leconte, Marc, Les complications laryngées de la fièvre typhoïde. Laryngeale Komplikationen des Typhus. *Gazette des Hôpitaux, 8 Mai 1909.*

Lipscher, A., Skleromatöse Kehlkopfstenose. *Orvosi Hetilap, Nr. 25, 1909.*

Melzi, U. und Cagnola, A., Neue Beiträge zur Laryngotracheostomie. *Arch. intern. de Laryng., März-April 1909.*

Onodi, A., Anästhesie des Kehlkopfeinganges bei Lähmung der unteren Kehlkopfnerven. *Orvosi Hetilap, Nr. 20, 1909.*

Roure, Primäre Tuberkulose des Kehlkopfes. Tracheotomie. Definitive Heilung durch Galvanokaustik. *Arch. intern. de Laryng. etc., Mai-Juni 1909.*

Schultze, Hans, Tierarzt, Historisch-kritische Darlegung der Arbeiten über die Versorgung des Kehlkopfes, der Trachea und Bronchien mit vasomotorischen und sensiblen Nerven nebst eigenen Versuchen über Gefässnerven der oberen Luftwege. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Simkó, L., Zyste der Epiglottis. *Orvosi Hetilap. Nr. 21, 1909.*

Tillmann, Om solljusbehandlungen och öfriga fototerapeutiska metoder vid struptuberkulos. (Über die Sonnenlichtbehandlung und die übrigen phototherapeutischen Methoden bei der Kehlkopftuberkulose.) *Hygiea 1909, S. 318.*

Vajna, A., Beiträge zur Intubation bei Croup der Säuglinge. *Budapesti orvosi ujság Nr. 15, 1909, Beilage.*
Vanderhöf, B. L., Report af a case of papilloma of the larynx with extralaryngeal operation. *The Chicago medical recorder, April 15.*
Wildenberg, van den, Behandlung der Larynx- und Trachealpapillome bei vier Kindern *Arch. intern. de Laryng., März-April 1909.*

Dissertationen:

Hohbaum, Auguste, Über Sonnenlichtbehandlung bei Kehlkopftuberkulose. *Leipzig 1908.*
Lehnerdt, Friedrich, Zur Kenntnis der Narbenstrikturen und Narbenverschlüsse nach Intubation. *Leipzig 1907.*
Menche, Herm., Beiträge zu der Lehre vom Erysipel des Pharynx und Larynx. *Göttingen 1908.*
Natzler, Adolf, Über Aktinomykose des Kehlkopfes. *Leipzig 1908.*

Trachea. Bronchien. Ösophagus.

Beck, Joseph C., Foreign Body (Toy Incandescent Lamp) in Left Bronchus. *The Laryngoscope XIX, Nr. 4, April 1909.*
Bloom, J. D., Low tracheotomy for foreign bodys in the trachea and esophageal conditions ressembling tracheal obstructions. *New-Orleans medical and surgical journal, January 1909.*
Botella, Fremdkörper im linken Bronchus. Bronchoskopische Entfernung. *Boletin de Laringol., otolog. y rinolog., März-April 1909.*
Botey, Estrechez infranqueable del esófago curado con la dilatacion esofagoscopica. (Undurchgängige Enge des Ösophagus; Heilung durch die ösophagoskopische Erweiterung.) *Revista de Ciencias Medicas de Barcelona, Juni 1909.*
Cigna, de, La diagnosi per visione delle affezioni œsofagee. (Die Diagnose der Ösophaguskrankheiten durch das Sehen.) *Il Morgagni, Maio 1909.*
Cléret, Des perforations de l'oesophage. Über Ösophagusperforationen. *Archives Générales de Médecine, Avril 1909.*
Fletcher-Ingals, Bronchoscopy and esophagoscopy, the technic, utility and dangers. *Annals of rhinol. and laryngol., March 1909.*
Hacker (Steiermark), Ein Fall von Chondroplastik nach König aus dem Schildknorpel im Anschluss an eine Schussverletzung der Trachea. *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 26.*
Horcasitas, Algunas complicaciones en los traqueotomizados y su tratamiento. (Einige Komplikationen bei Tracheotomierten und ihre Behandlung. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Medicas, Bd. 19, Nr. 53.*
Jackson, Chevalier, Tracheotomy. *The Laryngoscope XIX, Nr. 4, April 1909.*
Lerche, Wm., The cutting of cicatrical stricture of the esophagus through the esophagoscope. *The Journal of the Minnesota State medical association, February 1, 1909.*
Plummer, H. S., Diverticula of the esophagus, with a report of six cases. *The Journal of the Minnesota State medical association, June 15.*

Schmiegelow, E., Primärer Cancer tracheae, nebst Mitteilung eines durch Resectio tracheae geheilten Falles. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Tillgren, Syfilitisk trakeo-bronchialstenos. (Syphilitische Tracheo-Bronchialstenose.) *Svenska läkaresällsk. förh. 2/3 1909.*

Waller, Oesophagoskopi, trakeoskopi och bronchoskopi. *Hygiea 1909, S. 354.*

Zitowitsch, Petersburg, Beitrag zur Kasuistik der mittelst Tracheobronchoskopie nach Killian entfernten Fremdkörper der oberen Luftwege. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc. LVIII. Bd., 3. u. 4. H.*

Dissertationen:

Brünings, W., Zur Technik der Bronchoskopie. *Tübingen 1907.*

Cohn, Franz, Beitrag zur Kasuistik der spontanen Ösophagusruptur. *Breslau 1907.*

Gelbke, Oskar, Über einen Fall von chronischer käsiger Tuberkulose der intrathorakalen Lymphdrüsen mit sekundärer Erweichung und Perforation in den Ösophagus. *München 1907.*

Giffhorn, Hch., Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen Atresie des Ösophagus mit Ösophagotrachealfistel. *Göttingen 1908.*

Graf, Anton, Über die Behandlung traumatischer Ösophagusstenosen. *München 1907.*

Hoffmann, A., Zur Kenntnis der spindelförmigen Dilatation der Speiseröhre. *München 1908.*

Hötzel, Max, Über Ösophagustuberkulose. *München 1908.*

Nagel, Martin, Der physikalische Nachweis vergrösserter Bronchial- und Mediastinaldrüsen. *Erlangen 1908.*

Sasse, Wilhelm, Über die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre durch Ösophagotomie. *Leipzig 1907.*

Schürmann, Friedrich, Zur Kasuistik der Sondierungsverletzungen der Speiseröhre. *Giessen 1907.*

Skopnik, Amalie v., Über Epithelzysten des Ösophagus. *München 1907.*

Straub, G., Über einen Fall von Broncho-Ösophagealfistel, verursacht durch indirekten Druck eines Aortenaneurysmas auf den linken Stammbronchus. *Heidelberg 1903.*

Mundhöhle.

Barabis, v., Über akute merkurielle Stomatitis. *Orvosok lapja, Nr. 23, 1909.*

Dorendorf, Über Erweiterung der Speicheldrüsenausführungsgänge bei Bläsern. *Zeitschr. f. Ohrenheilk., LIX. Bd., 1. H.*

Fourmestraux, de, Operative Behandlung der ausgedehnten Leukoplakia buccalis. *Soc. de l'Intern. des Hôpitaux de Paris, 27 Mai 1909.*

Griffon, Perforation des Gaumensegels nach Diphtheritis. *La Clin. 19 März 1909.*

Körbl (Wien), Je ein Fall von Lichen ruber planus und Pemphigus vulgaris mit Lokalisation im Mund. *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 26.*

Mosher, Harris Peyton, The Form of the Hard Palate. *The Laryngoscope XIX, Nr. 4, April 16, 1909.*

Nohl (Wien), Ein Fall von Lichen ruber planus unter Mitbeteiligung der Mundschleimhaut. *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 26.*

O'Crowley, C. R., Syphilitic lesions of the oral cavity. *American Journ. of Dermatology, January 1909.*

Pollak (Wien), Ein Fall von Ulcus sublinguale mit konsekutiver Tumorbildung bei einem an Pertussis leidenden 2½ jährigen Kinde. *Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 23.*

Sergent, Leukoplakia buccalis und Lues. *Journ. des Praticicus, Nr. 5, 1909.*

Stimson, G. W., Congenital insufficiency of the palate. *The Journ. Febr. 13, 1909.*

Waldmann, F. (Budapest), Fall von spontan entleerten Speichelsteinen. *Budapesti orvosi ujság, Nr. 14, 1909, Beilage Gégészet Nr. 1.*

Dissertationen:

Bachmann, Felix, Zur Kasuistik der postoperativen Parotitis. *Kiel 1908.*

Hennecke, Karl, Ein Fall von Carcinoma recti et linguae. *Erlangen 1907.*

Henop, O., Über Lupus der Mundschleimhaut mit einem kasuistischen Beitrag. *München 1908.*

Hesse, Gustav, Die Epulis. *Jena 1907.*

Sippel, W., Das Munddach der Vögel und Sänger. *Erlangen 1907.*

Sprache und Stimme.

Gleitsmann, Laryngectomie; méthode pour produire la voix artificielle. *Rev. hebd. de laryng. 1909, Nr. 14.*

Gleitsmann, J. W., Laryngectomy. Specimen. Method of Artificial Voice Production. *The Laryngoscope XIX, Nr. 4, April 1909.*

Stern, Hugo (Wien), Über Terminologie und Diagnose des Stotterns. *Verhandl. d. 25. Kongr. f. inn. Med. 1908.*

Tóvölgyi, E., Durch Akustik, Orchester und Tanz verursachte Stimmstörungen. *Orvosok lapja, Nr. 17, 1909.*

Derselbe, Stimmstörungen nach Alkohol- und Tabakgenuss. *Orvosok lapja, Nr. 16, 1909.*

Dissertationen:

Brandt, Friedrich, Über Sprachstörungen nach Unfällen. *Bonn 1908.*

Löwenhaupt, H. K., Über postepileptische Sprachstörungen. *Freiburg i. Br. 1907.*

Menzerath, P., Die Bedeutung der sprachlichen Geläufigkeit oder der formalen sprachlichen Beziehung für die Reproduktion. *Würzburg 1908.*

Seydel, Paul, Experimentelle Versuche über die labialen Verschlusslaute im Deutschen und Französischen mit besonderer Berücksichtigung methodischer Fragen. *Breslau 1908.*

Grenzgebiete.

Beretta, Ortopedia dento-facciale. (Dento-faciale Orthopädie.) *Gazzetta degli ospedali 13. Juni 1909.*

Dewatripont, L., Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 22.*

Gradle, H., The intraoculair disease brought on by disease of the nasal sinuses. *Ophthalmology April, 1909.*

Knapp, Arnold, The ocular complications of nasal sinus diseases. *The american journal of medical science, July 1909.*

Kovács, A., Nach Kehlkopfstenose entstandener Fall von Lungentuberkulose. *Orvosi Hetilap, Nr. 13, 1909.*

Krauss, Frederick, Report of a case of unilateral retrobulbarneuritis due to ethmoiditis with restration of vision. *The ophthalmic record, May 1909.*

Landwehrmann, Osteomyelitis des Oberkiefers beim Neugeborenen. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVIII. Bd., 1. u. 2. H.*

Levi, Ettore, Persistenza del canale cranio-faringeo in due cranii di acromegalia; significato ad importanza di questo nuovo reperto in rapporto alla patogenesi dell' acromegalia e delle sindrome ipofisarie in generale. — (Bestehen des kranio-pharyngealen Kanals in zwei Schädeln von akromegalischen Leichen; Bedeutung dieser neuen Entdeckung in Beziehung zur Pathogenese der Aromegalie und der Hypophisissyndrome überhaupt.) *Rivista critica di clinica medica 5 Giugno 1909. Mit einer Tafel.*

Menier, Ein Fall von Hämiatrophia facialis durch Paraffineinspritzungen behandelt. *Arch. internat. de Laryngol. März-April 1909.*

Mutschenbacher, T., Beiträge zur Pathologie der Strumen, gestützt auf 182 Fälle. *Orvosi Hetilap, Nr. 16—17, 1909.*

Onodi, A., Durch Brusthöhlentumor verursachte Störungen des Kehlkopfes und des Auges. *Orvosi Hetilap Nr. 19, 1909.*

Preobraschensky, S. S., Die Behandlung des Kropfes mit Arsonvalschen Strömen. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 1.*

Sagebiel, Akute Siebbeineiterung, Thrombose des Sinus cavernosus, Defekt in der Lamina cribrosa. — Exitus. *Zeitschr. f. Ohrenheilk. etc., LVIII. Bd., 1. u. 2. H.*

Umbert, La sicosis subnasal y et catarro crónico fluente de la pituitaria. (Die subnasale Sykosis und die chronische Hydrorrhoe nasalis.) *Revista barcelonesa de Enfermedades de Vido, garganta y Nariz, 1. Vierteljahr 1909.*

Walther, R. J., Two cases of tri-facial neuralgia treated with alcohol injections. *The Journ. of the Michigan State medical Society, May 1909.*

Dissertationen:

Aigner, Alfons, Ein Fall von Struma congenita. *München 1908.*

Baetz, Georg, Über die Erfolge der operativen Therapie bei Morbus Basedowii. *München 1908.*

Banse, Joh., Über intrathorakische Fibrome, Neurome und Fibrosarkome. *Greifswald 1908.*

Hinrichs, Willy, Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu grosse Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde. *Leipzig 1907.*

Itzina, Zur chirurgischen Behandlung der Basedowschen Krankheit. *Berlin 1907.*

Kandler, Rich., Ein Fall von Gehirnabszess, entstanden durch Fortleitung eines Tonsillarabszesses. *München 1908*

Kron, N., Die Basedowsche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. *Berlin 1907.*

Leitritz, Martin, Über Erstickungstod bei Kropf. *München 1908.*

Levy, Prosper, Über Lupus der oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Komplikationen von seiten des Gehörorganes. *Leipzig 1907.*

Löwenstein, Alfred, Ein Fall von kongenitaler Kiemengangszyste. *München 1908.*

Opificius, Marie, Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung von Rezidiven nach Behandlung der Nasenaffektionen. *Freiburg i. Br. 1908.*

Schäfer, Paul, Der Plattenepithelkrebs der Glandula thyreoidea. *München 1908.*

Schraube, Konrad, Die Beziehungen der Thymusdrüse zum Morbus Basedowii. *München 1908.*

Unger, Georg, Lymphdrüsenmetastasen einer benignen Struma. *Freiburg i. Br. 1907.*

Vorbrodt, Fr., Zur Kasuistik der Sarkome des vorderen Mediastinums. *Giessen 1908.*

IV. Bücherbesprechungen.

Hajek, Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. *Mit 150 Abbildungen, grösstenteils nach eigenen Originalen und 2 Tafeln in Lichtdruck. Dritte vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deutike, 1909.*

Es gibt Bücher, an die die Kritik nur mit einer Verbeugung herantreten kann. Ein solches ist das vorliegende. Die Verbeugung gilt nicht der dritten Auflage. Denn es gibt schlechte Bücher, die vielfach aufgelegt —, und vortreffliche, die es nicht werden. Das Buch Hajeks war das, was es ist, schon in der ersten Auflage. Die „Vermehrungen“, die es in der zweiten und dritten Auflage gebracht, entsprechen — wenigstens in den weitaus meisten Kapiteln — den grossen Fortschritten, die die Lehre der Nebenhöhlenerkrankungen seit dem Jahre 1889 gemacht. Fortschritte, an denen der Autor selbst so mannigfach beteiligt ist.

Wer das Hajeksche Werk nicht kennt — und welcher Rhinologe dürfte das sein — dem würde auch die ausführlichste Besprechung, die eine Zeitschrift bringen könnte — seine Vorzüge nicht zur Genüge klar machen können. Als deren hauptsächlichste haben mir von jeher gegolten: Die anatomischen und pathologischen Einleitungen mit ihren vortrefflichen Abbildungen, die jedem Kapitel vorausgehen. Man lese z. B. die Schilderungen der Anatomie der lateralen Nasenwand, der Anatomie der Kieferhöhle überhaupt, — sie sind meisterhaft Nicht minder aber auch der Aufbau der Diagnose und der Differentialdiagnose der

entzündlichen Nebenhöhlenaffektionen, das ganze Kapitel der Siebbeinerkrankungen und vieles andere mehr. Hier zeigt sich überall der über eine lange und reiche Erfahrung und scharfe Beobachtung verfügende Kenner der Höhen und Tiefen seines Faches.

Müssen wir es doch erleben, dass kaum im Fache warm gewordene Grünlinge Lehrbücher schreiben und — was das Betrübendste daran ist — namhafte Verleger finden, die sie drucken. Die sollten einmal bei Hajek studieren, was eigene Beobachtung und Erfahrung, was produktive Arbeit heisst.

Ich würde aber nach meiner Meinung dem Buche und seinem hochverdienten Verfasser einen schlechten Dienst erweisen, wenn ich nur loben würde, was zudem als lobenswert alle Welt kennt.

Es ist zu erwarten, dass — wie der zweiten Auflage die dritte, so der dritten bald die vierte folgen werde und da will ich hier einiges von dem erwähnen, was ich bei dieser gerne geändert sehen möchte.

Obwohl die Influenza das häufigste ätiologische Moment der Nebenhöhleneiterungen darstellt, ist der Influenzabazillus selbst doch wohl nur ausnahmsweise als Erreger der Antritiden anzusehen. Dem zitierten Befunde von Lindenthal (S. 2) stehen hier viele andere entgegen (E. Fränkel, Veis, Gerber u. a. Bei den akuten Eiterungen dürfte vor allem der Pneumokokkus und der Streptokokkus in Frage kommen, während die chronischen auch teils zumeist den Streptokokkus zeigen, teils polybazillär sind (Vergl. des Referenten „Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen" Abschnitt: Bakteriologie).

Dass die spontane Heiltendenz der Antritiden (S. 6) eine grosse ist, gebe ich durchaus zu, halte aber daran fest, was ich schon früher betonte, dass viele von diesen Heilungen nur scheinbare sind. Eine Höhle ist noch nicht geheilt, wenn wir keinen Eiter mehr aus ihr herausbefördern können. Auch schon nach relativ kurze Zeit bestehenden Entzündungen erleidet die Höhlenschleimhaut oft irreparable Veränderungen. Diese sind es, von denen die häufigen akuten Exacerbationen und gelegentlich auch die Komplikationen ausgehen.

Die auffallende und wichtige Tatsache, dass bei isolierter Kieferhöhleneiterung oft kein Kiefer- sondern nur Stirnkopfschmerz vorhanden ist (S. 15), erklärt sich wohl nicht nur durch Irradiation, sondern auch durch die Anastomosen zwischen dem I. und II. Trigeminusast.

Gleich Heymann und Ritter scheinen auch mir die beiden Bezeichnungeu „Hiatus semilunaris" und „Infundibulum" nur zu Verwirrungen Anlass zu geben und ich meinerseits glaube, dass man ganz ohne „Infundibulum" auskommt.

Hinsichtlich der Probeausspülung wie der Behandlung subakuter Fälle, die einer rein konservativen Behandlung nicht mehr zu überlassen, einer chirurgischen aber noch nicht zu überantworten sind — hätte ich eine lebhaftere Empfehlung des mittleren Nasenganges gewünscht, wie sie aus meiner Klinik schon wiederholt seit Jahren erfolgt ist.

Wie man zur Probeausspülung eine andere Stelle vorziehen kann, ist mir überhaupt unverständlich, da ich kaum einen Fall kenne, in dem sie von hier aus misslungen wäre. Aber auch die therapeutische Beeinflussung nicht zu schwerer Fälle gelingt von hier aus oft vorzüglich, besonders wenn man — mit dem Onodischen oder einem anderen Instrumente — eine etwas grössere Öffnung anlegt. Obwohl ich als Schüler von Mikulicz und Michelson seiner Zeit durchaus auf den unteren Nasengang hingewiesen wurde, habe ich diesen für den Patienten viel schmerzhafteren und schwerer gangbaren Weg fast ganz zugunsten des mittleren Nasenganges aufgegeben. Fälle, die überhaupt durch intranasale Spülungen zu heilen sind, sind es vom mittleren Nasengang genau so wie vom unteren. Wenn man sich freilich darauf versteift, direkt durch die fast nie sichtbaren Ostien, sei es das maxillare, sei es ein akzessorisches, spülen zu wollen — wie das erst neuerdings wieder in einer Publikation von Dahmer in Posen zu lesen ist, — so wird man allerdings nicht vorwärts kommen. Warum

aber das? Da doch die Pars membranacea des mittleren Nasenganges für eine spitze Kanüle überall durchgängig ist? — Die hierbei möglichen üblen Zufälle, die ich ebenso wie Hajek und andere schon erwähnt, sind äusserst selten, meist ohne dauernde Schädigungen und können gegenüber den Vorteilen keineswegs in Betracht kommen.

Bei der Aufzählung der Radikaloperationen der Kieferhöhle (S. 138) vermisse ich die Methode des Referenten, die als selbständige da hätte aufgeführt werden müssen, wo doch alle Modifikationen von Boenninghaus, Friedrich, Hajek selbst u. a. erwähnt worden sind. Diese Unterlassungssünde teilt das Buch Hajeks allerdings mit vielen anderen und hieran mag ich selbst insofern nicht ohne Schuld sein, als ich die Methode der primären Naht in der Fossa canina nach zuvor angelegter Gegenöffnung im mittleren Nasengange ausführlich zuerst nicht selbst publizierte, sondern durch meinen damaligen Assistenten Alsen publizieren liess, dessen Name nicht genügend Schwergewicht hatte, um der Publikation die geziemende Beachtung zu schaffen. Hingewiesen ist aber auf sie bereits im Jahre 1898 — also ziemlich gleichzeitig mit Luc, — nachdem sie bereits einige Jahre zuvor an meiner Klinik geübt worden ist. Ich bin so unbescheiden zu wünschen, dass diese — in Deutschland jedenfalls von mir zuerst geübte Methode auch als solche geschildert werde, zumal die bei dieser Methode zum Teil mögliche Erhaltung der unteren Muschel vielen anderen ebenso wie mir als ein Vorteil erscheint.

Dass diese Schonung nicht möglich ist, darin sehe ich den einzigen Nachteil der jetzt von mir viel geübten Denkerschen Methode, die in bezug auf Gründlichkeit allen anderen (— von den im äusseren Gesicht ansetzenden sehe ich hier ab —), überlegen ist, der Luc-Caldwellschen ebenso wie der meinigen.

Nicht auf der gleichen unübersteigbaren Höhe wie die Bearbeitung der Affektionen der Kieferhöhle, des Siebbeins und des Keilbeins steht die der Stirnhöhlenentzündungen. Art des Materials, Beziehungen zu anderen in Frage kommenden Kliniken, Operationsgelegenheiten u. a. können solche Verschiedenheiten bedingen. Lehrreich in dieser Beziehung ist ein Vergleich dieses Abschnittes bei Hajek mit der Bearbeitung Killians im Heymannschen Handbuche.

Was die konservative Behandlung der Stirnhöhleneiterungen betrifft, so stehe ich ihren einzelnen Massnahmen recht skeptisch gegenüber, — abgesehen von der Lüftung des mittleren Nasenganges. So habe ich von Skarifikationen der mittleren Muschel wenig Erfolg gesehen und der Anwendung der Luftdusche bei Anwesenheit von Eiter in der Nase kann ich als Otiater nicht das Wort reden, während ich mehr wie Hajek dies zu tun scheint, Gewicht auf ein allgemeines, internes Regime lege.

Ich komme zu den Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen und will von vornherein sagen, dass ich an diesem Kapitel Hajeks am meisten auszusetzen habe. Dieses allein entspricht nicht mehr dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete. Nicht die absolute Zahl der von mir nachgewiesenen Komplikationen — nicht 473, sondern 778; inzwischen wohl 800 und mehr — sondern die unwiderlegliche Tatsache, dass auch die Schleimhautentzündungen der Stirnhöhlen an sich, — ohne Zutun eines besonderen infektiösen Agens (Syphilis, Tuberkulose) viel häufiger wie man bisher angenommen, sekundäre Knochenveränderungen und damit weiterhin Affektionen der benachbarten Organe herbeiführen können, — genau so, wenn auch lange nicht so häufig wie die Schleimhautentzündungen der Paukenhöhle — diese unwiderlegliche Tatsache ist es, an der das Buch Hajeks mit geschlossenen Augen vorbeigegangen ist.

Da stehen (S. 175) die primären und sekundären Wandveränderungen friedlich aber nicht schiedlich beieinander und jeder nicht eingeweihte Leser muss aus dieser Darstellung schliessen, dass die Stirnhöhlenentzündungen vielleicht in jedem Lustrum oder Dezennium einmal, teils auf Grund von Syphilis, auf Grund von Tuberkulose, selten einmal als sekundäre Folge der Schleimhautentzündung zu Komplikationen führen können.

In einer Anmerkung wird hier noch einmal die falsche Kritik einer von mir veröffentlichten Stirnhöhlenkomplikation gebracht, die für luetisch erklärt wird, lediglich weil die betreffende Patientin — wahrscheinlich — einmal Lues gehabt hat. Ein verhängnisvoller Grundirrtum! Unter 778 Komplikationsfällen ist 17 mal Lues als ätiologisches Moment angegeben worden, von diesen 17 Fällen halten zudem nur 7 einer Kritik Stich! Die Lues kann also bei der Ätiologie der Stirnhöhlenkomplikationen gar nicht mitsprechen! — Wir müssen uns vielmehr daran gewöhnen, die Knochenveränderungen — so häufig oder selten sie nun dem einzelnen Beobachter erscheinen mögen im allgemeinen als sekundäre zu betrachten, ihrer Provenienz nach nicht anders geartet wie die Knochenveränderungen bei den Mittelohreiterungen.

Die wissenschaftliche Objektivität Hajeks wird diesen Tatsachen — daran zweifle ich nicht — bei der nächsten Auflage Rechnung tragen, — wie er neuerdings auch die früher von ihm bestrittene Möglichkeit einer Dilatation bei einfachen Empyemen der Stirnhöhle zugegeben hat (Zeitschr. f. Laryngol. Bd. I).

Damit ist aber auch mein Wunschzettel für die IV. Auflage geschlossen, es sei denn, Hajek wollte sich entschliessen auch noch einige kleine Schönheitsfehler zu tilgen: Hierzu rechne ich vor allem die mangelnde Übersichtlichkeit des Literaturverzeichnisses, das weder alphabetisch noch chronologisch geordnet ist. Ferner die Benennung „Macewen-Millar." —

Der erweiterte Umfang des Buches, der dem Autor selbst bedenklich scheint, hat jetzt noch nicht das Mass überschritten, das einer solch wichtigen Materie zugemessen werden darf. Sollte die nächste Auflage wiederum mehr Text bringen müssen, so würde ich empfehlen, eine Reihe von Krankengeschichten zu kürzen resp. ganz wegzulassen. Sonst mag das Werk bleiben was es ist: innerlich und äusserlich eine Zierde unserer Literatur, eine unentbehrliche Hilfe für jeden Lernenden, eine Freude für jeden Wissenden. Gerber.

A. Onodi, Die Stirnhöhle. *83 Seiten mit 107 Abbildungen, Preis 6.80 M. Wien und Leipzig 1909, Alfred Hölder.*

Die Monographie bildet das neueste Glied in der Kette der in den letzten Jahren erschienen Arbeiten von Onodi über die Nebenhöhlen der Nase und ihre Beziehungen zu den Nachbarorganen. Der Verfasser hat mit der ihm eigenen und bekannten Gründlichkeit die grosse Litteratur über die Stirnhöhle einer kritischen Durchsicht unterzogen und die früheren Angaben mit den Resultaten seiner eigenen Untersuchungen an 1200 Schädeln verglichen. Dadurch ist er in der Lage, an der Hand seines grossen Materials mit verschiedenen irrigen Anschauungen anderer Autoren aufräumen zu können. So weist er nach, dass Rassenverschiedenheiten in Bau und Auftreten der Stirnhöhle sich nicht nachweisen lassen, dass das Erhaltenbleiben der Kreuznaht auf die Entwickelung der Stirnhöhlen ohne Einfluss ist, dass das stärkere oder geringere Vortreten der Arcus superciliares keine Schlüsse auf die Grösse der darunterliegenden Stirnhöhle gestattet, dass in bezug auf Formverhältnisse, Vorhandensein oder Fehlen der Stirnhöhle keine Unterschiede zu Gunsten der einen oder der andern Schädelhälfte bestehen. Wo man früher solche feststellen zu können geglaubt hatte, da waren die Schlüsse infolge des zu kleinen Materials der Untersucher irrig gewesen. Onodi geht dann mit grosser Genauigkeit, überall unter zahlreichen statistischen Angaben und Mitteilung von Maassen zur Besprechung der anatomischen Einzelheiten über. Von besonderem Wert und Reiz für den Leser ist der umfangreiche Abschnitt, in dem der Verfasser die vergleichenden Resultate der elektrischen und der radiographischen Durchleuchtung niederlegt. In zweifelsfreier Weise wird hier der exakte Nachweis geführt und durch zahlreiche ausgezeichnete Abbildungen anschaulich gemacht, dass die Ergebnisse der elektrischen Durchleuchtung in vielen Fällen unzuverlässig und irreführend sind, während das Röntgenbild wenigstens die anatomischen Verhältnisse recht gut wiedergibt. In der Bewertung desselben für klinische Zwecke ist der Verfasser erfreulicherweise nicht allzu enthusiastisch,

sondern mahnt nur Vorsicht. Weitere Abschnitte behandeln die Sondierung der Stirnhöhle, die Ätiologie der Komplikationen ihrer Erkrankungen, sowie ihre Beziehungen zum Gehirn und die Gehirnpunktion.

Daneben weist das Buch aber auch einige Schwächen auf. Zunächst muss der Mangel einer Definition des Begriffes der „Stirnhöhle", der noch durchaus nicht exakt feststeht, auffallen. Auch einzelne Behauptungen erscheinen anfechtbar oder nicht genügend bewiesen, z. B.: „Im allgemeinen steht jene Tatsache fest, dass je grösser eine Stirnhöhle ist, sie um so leichter erkranken kann und um so grösser die Eventualität einer Entstehung der Komplikationen ist." Am wenigsten konnte sich Referent mit der Darstellung des anatomischen Verhaltens der Stirnhöhlenmündung bzw. des Stirnhöhlenausführungsganges und der vorderen Siebbeinzellen einverstanden erklären. Onodi bedient sich hier der üblichen bisher meist unklaren Nomenklatur, ohne präzise Definitionen zu geben. Referent hat im ersten Hefte dieser Zeitschrift, gemeinschaftlich mit P. Heymann, versucht, über die komplizierten Beziehungen der Stirnhöhlenmündung zu den verschiedenen Gruppen der vorderen Siebbeinzellen grössere Klarheit zu schaffen und auf dieser Basis eine präzise Nomenklatur vorgeschlagen. Onodi bespricht zwar diese Arbeit (die übrigens mit falschen Namen zitiert ist), gibt sie jedoch inhaltlich unrichtig wieder, da ihm dabei offenbar Missverständnisse unterlaufen sind. Indem er einen Teil der vorgeschlagenen Nomenklatur akzeptiert, das übrige ablehnt, wird seine Darstellung noch unbestimmter, so dass sich jemand, der anatomisch auf diesem speziellen Gebiet nicht selbst erfahren ist, schwerlich daraus wird eine Vorstellung bilden können. Hinzu kommt noch, dass im Gegensatz zu der im übrigen reichen Ausstattung des Werkes mit Abbildungen der Verfasser gerade hier, an der schwierigsten Stelle, mit der Darstellung erläuternder Präparate gespart hat, wodurch das Verständnis dem Leser noch mehr erschwert wird.

Die 107 Abbildungen nach Photographien und Röntgenaufnahmen sind von vorzüglicher Beschaffenheit, wie überhaupt die ganze Ausstattung des Buches dem bekannten Renommee des bewährten Verlages entspricht. G. Ritter.

Eugene S. Jonge, Polypus of the Nose. *Manchester, Sherratt und Hughes.*

Mit der Herausgabe dieses kleinen Werkes verfolgte der Verfasser einen dreifachen Zweck: erstens die Resultate der pathologischen und experimentellen Untersuchungen über die Ursache des Schleimpolypen der Nase bekannt zu machen, mit denen er sich zirka vier Jahre beschäftigte. Zweitens über den Nasenpolypen einen soviel als möglich vollständigen Bericht zu geben. Und schliesslich den relativen Wert der verschiedenen Methoden der Behandlung zu erörtern.

Das Buch beginnt mit einer kurzen Übersicht, dann folgt ein Kapitel, welches von den verschiedenen Theorien handelt, die über die Ätiologie des Schleimpolypen aufgestellt wurden, und besonders von jenen, welche sie der Nebenhöhleneiterung, der Erkrankung des Siebbeins zuschreibt. Der Verfasser geht dann zur Darlegung seiner eigenen Theorie über, nämlich, dass Polypen ödematöse Hypertrophien der Nasenschleimhaut sind, als indirektes Resultat gewisser mechanischer Veränderungen der Drüsen. Er glaubt, dass die Reihenfolge bei Bildung von Polypen folgende ist:

1. chronische Entzündung der Schleimhaut,

2. zystische Erweiterung der Drüsen, verursacht a) durch entzündliche Infiltration ihrer Ausführungsgänge infolge eiteriger Sekretion oder, b) durch übermässige Füllung der Drüsen, verbunden mit partieller Hemmung der Drüsensekretion.

3. Druck der erweiterten Drüsen auf die Kapillaren und fortgesetzte ödematöse Infiltration der umliegenden Gewebe.

4. Formation flacher ödomatöser Gewebe, welche die hauptsächlichsten Bestandteile der Nasenschleimhaut enthalten und deren Basis allmählich relativ eng zusammengezogen und gestreckt wird, bis sie einen Stiel bildet. Bei Fällen

von vasomotorischer Rhinitis, bei denen sich der Polyp ohne Nebenhöhleneiterung und ohne Knochenerkrankung entwickelt, scheinen zwei Faktoren mitzuspielen: einerseits eine Unbeständigkeit des vaso-sekretorischen Mechanismus und andererseits eine chronische katarrhalische Entzündung, die Veränderungen in den Drüsen hervorrufen, welche indirekt zur Produktion des Ödems führen. Diese Ansicht wurde durch Experimente des Verfassers unterstützt an Katzen deren Nasenschleimhaut er mit verschiedenen Mitteln behandelte. Bei denjenigen Tieren, welche mit Mitteln behandelt wurden, die nur als Reizmittel für die Drüsen dienten, wurden keine spezifischen Wirkungen beobachtet; bei solchen wieder, bei denen die angewandten Mittel Rhinitis hervorriefen, erwies sich mikroskopisch eine zystische Dilatation der Drüsen, oder ödemotöse Infiltration der Schleimhaut. Bei Tieren, welche mit einer Kombination beider Methoden behandelt wurden, zeigten sich alle Stadien, vom frühen Ödem mit Dilatation der Drüsen bis zur Formation wirklicher Polypen. Was die Verbindung von Polypen mit Siebbeinerkrankungen und Nebenhöhleneiterung anbetrifft, so glaubt der Verfasser, dass die letztere nur insofern die indirekte Ursache des Polypen ist, als sie einen Zustand chronischer Entzündung hervorruft, welcher zu zystischer Dilatation der Drüsen führt.

Zur Behandlung rezidivierender Polypen hat der Verfasser Operation nach Luc als am meisten befriedigend gefunden, die er unter lokaler, oder allgemeiner Anästhesie ausführt. Wenn jedoch der Polyp mit ausgedehnter Erkrankung der Ethmoidal-Zellen verbunden ist, hat die Methode von Lambert Lack ausgezeichnete Resultate ergeben. Ob es nun den Ansichten von Dr. Jonge bestimmt ist, allgemein anerkannt zu werden oder nicht, so kann nicht geleugnet werden, dass sein Werk in anerkennenswerter Weise unsere Kenntnisse von der Ätiologie des Nasenpolypen gefördert hat und sein Buch bildet eine sehr nützliche Monographie über den Gegenstand. Guthrie, Liverpool.

Kümmel (Heidelberg), Die Krankheiten des Mundes. *II. Aufl. Fischer, Jena 1909.*

Auch an dieser Auflage haben A. Czerny (Breslau) und J. Schaeffer (Breslau) mitgearbeitet, wie das schon in der Besprechung der I. Auflage (Zentralbl. f. innere Med. 1898 S. 1156) hervorgehoben wurde. Es finden sich in dieser Auflage mancherlei Änderungen und Umarbeitungen einzelner Kapitel, so ist z. B. den Erkrankungen der Zungenmandel ein eigenes Kapitel gewidmet. Die beiden lithographischen Tafeln der I. Auflage fielen weg, da die durch Dreifarbendrucke ausgeführten Abbildungen in den Text eingefügt werden konnten. Ganz neu hinzugekommen ist der Literaturanhang, der hauptsächlich die letzten 12 Jahre berücksichtigt. Seifert (Würzburg).

Nouveau Traité de Chirurgie publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet. — XVIII Oto-Rhino-Laryngologie par André Castex et F. Lubet-Barbon. *Paris, Baillière et Fils 1909.*

Die Kapitel Nase und Rachen sind von Castex bearbeitet, der Kehlkopf von Lubet-Barbon. Der Leser dieses Buches wird es mit dem Eindruck aus der Hand legen, dass es in dem grossem Le Dentu-Delbetschen Sammelwerke eine würdige Vertretung unseres Spezialfaches darstellt; die den französischen Autoren eigene Gabe, die Materie in bequemer, leicht lesbarer Form darzustellen, sie dem Lernenden leicht zu machen, findet sich auch hier als bemerkenswerter Vorzug.

Ohne auf Einzelheiten einzugehen, möchte ich doch glauben, dass die Einteilung des Ganzen nicht in allen Punkten ganz glücklich ist. Für eine Chirurgie ist in dem Buche m. E. etwas zu viel Propädeutik, wer ein solches Buch zur Hand nimmt, wird vor allen Dingen eine sehr minutiöse Beschreibung der Operationsmethoden und des klinischen Bildes der zu behandelnden Krankheiten erwarten müssen. Um das zu ermöglichen ist eine gewisse Ökonomie des gegebenen Raumes unerlässlich. Um Beispiele zu geben: Das Bild S. 177, Digitaluntersuchung

des Nasenrachenraumes, würde auch der gern missen, der etwa ein Freund dieser ür den Spezialisten meist entbehrlichen Untersuchungsmethode ist, der akute Schnupfen, die nasale Hydrorrhoe sind m. E. in einem Handbuch der Chirurgie nicht zu erwähnen, an ihrer Stelle wäre eine etwas eingehendere Würdigung der chirurgischen Behandlung des Septnms entschieden wünschenswert gewesen. Bei Besprechung der malignen Tumoren des Kehlkopfs wäre eine genauere Besprechung der histologischen Diagnose entschieden erwünscht, die Probeexzision, die man doch als wichtigstes Diagnostikum gelten lassen muss, ist kurz abgetan. Diese Beispiele zeigen vielleicht, dass der Laryngologe von der Anlage des Ganzen vielfach etwas anderes erwarten mag als er findet. Es ist aber wohl in Betracht zu ziehen, dass das ganze Sammelwerk mehr für den allgemeinen Praktiker als für den Spezialisten bestimmt ist. In diesem Sinne sind die erwähnten Mängel allerdings kaum als solche zu betrachten.

Dass beide Autoren über eine grosse klinische Erfahrung gebieten und innerhalb der gegebenen Einteilung eine lehrreiche Darstellung geben, muss anerkannt werden. Bl.

O. Chiari, Über die Behandlung des Kehlkopfkrebses. *Vortrag gehalten in der Jahresversammlung der „American laryngological, rhinologieal and otological Society" am 3. Juni d. J. in Atlantic City. Wien bei Moritz Perles 1909.*

Der Autor war einer Einladung der genannten wissenschaftlichen Gesellschaft gefolgt (s. die erste Arbeit dieses Heftes) und wählte die Behandlung des Kehlkopfkrebses zum Gegenstand seines Vortrages; über den ihm eine ausserordentlich ausgedehnte Erfahrung zu Gebote steht. Nach einer kurzen historisch-kritischen Vorbemerkung bespricht Chiari zuerst die endolaryngeale Operationsmethode. Chiari hat es sich seit mehr als 20 Jahren zum Grundsatz gemacht, dass jede Wucherung des Larynx, sobald sie sicher als Krebs erkannt ist, von aussen operiert werden muss, wenn überhaupt die Operation noch zulässig ist, er gibt jedoch zu, dass manchmal ein guter Erfolg endolaryngeal erzielt ist.

Die Thyreotomie, besonders durch Semons Bemühungen häufiger heran gezogen, ist indiziert, wenn der Krebs klein ist, auf den Stimmlippen oder Taschenfalten sitzt und noch nicht die Beweglichkeit der Stimmlippen beeinträchtigt hat. Chiari gibt neben den bekannten Statistiken von Sendziak etc. folgende nur auf persönlicher Erfahrung bei seinem eigenen Operationmateriale beruhende: 41 Patienten, Tod infolge Operation 3 = 7,2 %, Recidiv 11 = 27 %, zu kurz beobachtet 12 = 29,2 %, Heilung: relativ 4 = 9,7 %, definitiv 11 = 27 %, i. S. 36,75 %. Diese Resultate würden wahrscheinlich besser erscheinen, wenn nicht von 29 % der Operierten keine Nachricht zu erhalten gewesen wäre. Die partielle Exstirpation ist vorwiegend indiziert bei Karzinomen des Kehlkopfs, die sich an der Stimmlippe entwickeln, deren Beweglichkeit eingeschränkt oder vernichtet haben, ohne dass Drüsenschwellungen vorhanden wären oder der Krebs auf den Pharynx übergegriffen hätte, Karzinome der Aryknorpel und der aryepiglottischen Falten sind weniger geeignet. Chiaris Erfolge bis Ende 1907 waren 32 Patienten, Tod infolge der Operation 8 = 25 %, Rezidiv 15 = 46,67 %, Heilung relativ 8 = 25 %, definitiv 1 = 3,1 %.

In bezug auf die Totalexstirpation schliesst sich Chiari ganz dem Verfahren Glucks (s. dieses, Bd. I dieser Zeitschr., S. 731 ff.) an. Seine persönliche Statistik zeigt bis 1909 inklusive 9 Patienten, davon 3 tote infolge der Operation = 33,3 %, Rezidiv 4 = 44,4 %, 2 nur wenige Monate beobachtet. Endlich werden als seltenere Operationsmethoden die verschiedenen Pharyngotomien besprochen.

Der Vortrag, aus dem hier nur einige Daten gebracht sind, enthält in knapper Darstellung ein grosses Tatsachenmaterial und bringt die reiche Erfahrung des Autors in glänzender Weise zum Ausdruck. Bl.

Bandelier, Die Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. *Würzburg, C. Kabitzsch (A. Stubers Verlag) 1909.*

Eine kurze, populär gehaltene Belehrung über die Tuberkulose, die hervorragend geeignet ist, den Kranken, die an einer Tuberkulose der oberen Atmungswege leiden, empfohlen zu werden. Bl.

V. Gesellschafts- und Kongressberichte.

Wiener Laryngologische Gesellschaft. Sitzung vom 4. November 1908.

Hutter demonstriert einen Fall von periodisch wiederkehrender Aphonia et Dyspnoea spastica (Michael) auf hysterischer Basis. Die Stimmlippen sind konstant in Phonationsstellung, nur das Transversusdreieck ist bald mehr, bald weniger offen. Ähnliche Fälle sind von Krause und Onodi beschrieben. Hajek und Heindl (Disk.) haben solche in der Gesellschaft vorgestellt. Die von Krause angegebene Kokainisiernng und Verabreichung von Antipasmodizis war in diesem Falle erfolglos. Chloroformierung hatte nur bis zum Erwachen Erfolg. Im Schlaf scheint bald Krampf, bald normaler Zustand zu bestehen.

Zur Diskussion: Grossmann, Heindl.

Glas stellt einen Pat. mit Aneurysma des Arcus aortae vor, bei dem eine vor Monaten bestandene totale Rekurrenslähmung bei Grösserwerden des Aneurysmas bis auf eine leichte Postikuslähmung zurückgegangen ist. Er führt die Besserung auf Akkommodation des Nerven an die durch das Aneurysma geschaffenen, geänderten Verhältnisse zurück.

Diskussion: Ähnliche Fälle sahen Grossmann, Weil und Heindl.

Glas demonstriert einen primären, isolierten Pemphigus des Larynx.

Fein zeigt einen 62jährigen Mann mit Vagus-Kompression und konsekutiver Rekurrensparalyse rechts durch Strangulierung (Suizidversuch), welche nach wenigen Tagen soweit zurückgegangen ist, dass das Stimmband bereits schwache Ad- und Abduktionsbewegungen macht.

Weil stellt eine Narbenstenose des Larynx auf tuberkulöser Grund lage bei einer 30jährigen Frau vor. Lues und Sklerom auszuschliessen.

Chiari demonstriert das Präparat des schon auf der Naturforscher- und Ärzte-Versammlung Köln 1908 berichteten Falles von Perforation des Ösophagus und der Aorta durch eine Fischgräte. Extraktion des Fremdkörpers im Ösophagoskop. Exitus nach mehreren Blutungen aus dem Ösophagus durch innere Hämorrhagie am 6. Tage darauf. Der Fremdkörper hatte zugleich die Perforationsöffnung der Aorta tamponiert. Nach Extraktion desselben kam es zur Verblutung.

Kahler demonstriert einen 32jährigen Mann mit rezidivierenden Papillomen des Larynx, bei dem bereits dreimal die Laryngofissur ausgeführt worden war; ferner einen 25jährigen Mann, der mit deutlichen Zeichen von meningealer Komplikation bei Stirnhöhleneiterung, Benommenheit, Nackensteifigkeit etc. in die Klinik eingeliefert worden war; Radikaloperation brachte vollkommene Ausheilung.

Diskussion: Hajek warnt vor primärer Hautnaht, wie es Kahler tat. Kofler berichtet über einen in dieser Zeit an der Klinik beobachteten Fall von chronischer Nebenhöhleneiterung, der drei Wochen nach der Killianschen

Radikaloperation an Schläfelappenabszess und Meningitis zugrunde ging. Chiari betont, dass an der Klinik prinzipiell bei akut-entzündlichen Erscheinungen nicht primär genäht wird.

Marschik zeigt ein hochgradiges Sklerom der Nase und des Rachens, bei dem die Röntgenbehandlung eingeleitet wurde, und eine angeborene, bis zur Glottis-Mitte reichende Falte der vorderen Kommissur des Larynx.

Kahler berichtet über zwei auf bronchoskopischem Wege extrahierte Fremdkörper, 1. Knochen im linken Bronchus bei einem 6 Monate alten Säugling, 2. Zwetschgenkern im rechten Bronchus bei einem 6jährigen Mädchen. Dieses starb an Pneumonie.

Diskussion: Marschik berichtet über einen ähnlichen Fall; Fruchtkern im rechten Bronchus. Glatter Verlauf.

Sitzung vom 13. Januar 1909.

Demonstrationen: Fein: Narbige, hochgradige Verengerung der Pharynx durch Verwachsung der Epiglottis mit der hinteren Rachenwand nach Kalilaugeverätzung. Gastrostomie. Dilatation der Stenose mit Schrötterschen Röhren, auch nach Inzision der Narbe erfolglos. Jetzt soll Pharyngotomia lateralis mit Schleimhautplastik versucht werden.

Diskussion: Kahler, Fein.

Marcus: Bronchostenose durch luetische Narben an der Bifurkation bei einer 35jährigen Lehrerin. Pat. kommt nicht wegen der Atembeschwerden zum Arzt, die in der Ruhe fehlen, sondern wegen des auch in der Ruhe hörbaren Stenosengeräusches, das sie an der Ausübung ihres Berufes hindert. Demonstration des Falles mit dem Bronchoskop. Nach jeder Bronchoskopie temporäre Besserung (Narbendehnung).

Chiari: Totalexstirpation des Larynx wegen Karzinom bei einem 48jährigen Manne. Die Probeexzision ergab vor 3 Monaten Karzinom, spätere von Hajek vorgenommene nur entzündliches Gewebe. Pat. kam erst wieder, nachdem bereits die Indikation zur Larynxexstirpation sich ergeben hatte.

Operation am 22. XII. 1908 nach Billroth als halbseitige begonnen, als totale vollendet. Glatter Verlauf. Pat. schluckt tadellos. Es soll jetzt mit Sprechübungen begonnen werden.

Glas: 1. Primärer Schleimhautemphigus am Kehlkopfeingang und unterhalb der Zunge. Arsentherapie erfolglos. Symptomatische Behandlung.

2. Perverse inspiratorische Stimmbandbewegungen mit hochgradigen laryngospastischen Anfällen bei einem 60jährigen, psychisch sehr reizbaren Manne. Tabes und Tetanie auszuschliessen. Wahrscheinlich besondere Übererregbarkeit des Adduktorenzentrums. Therapie bis jetzt machtlos.

Diskussion: Kahler fragt, ob das Phänomen auch bei Kokainisierung wahrnehmbar ist; Fein hat bei einem ähnlichen, auf Hg beruhenden Fall durch Atemgymnastik unter Kontrolle des Larynxspiegels Erfolg erzielt.

Glas: Kokainisierung wegen hochgradiger Adduktorenkrämpfe beim ersten Pinseln bis jetzt erfolglos. Es soll noch Atemgymnastik, Kokainspray und eventuell Narkose versucht und darüber berichtet werden.

Kahler: Bronchoskopische Entfernung einer Haselnussschale aus dem rechten Bronchus bei einem 18jährigen Burschen. Glatter Verlauf.

Hanszel: Bilderhaken, 48 Jahre lang im Siebbein eines Patienten; hatte die Nase vollständig obstruiert, Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung verursacht, die Kieferhöhle aber verschont.

Hajek berichtet über zwei operative Todesfälle nach Stirnöhlenoperationen.

1. Fall, 35jähriger Kollege, schon früher in der linken Stirnhöhle operiert; sezernierende Fistel daselbst, Eiterung in der Nase. Rechts normal. Radiogramm zeigt rechts anscheinend gesunde Stirnhöhle. Killians Radikaloperation links, hintere Wand intakt. Nach einigen Tagen Lid- und Konjunktivalödem rechts,

tiefe Phlegmone, subperiostal von links zur anderen Seite vordringend, Inzision, Drainage. Am 15. Tage der ersten Operation Zeichen von zerebraler Komplikation. Eröffnung der rechten, mit Eiter gefüllten Stirnhöhle, hintere Wand intakt. Entfernung dieser, Extraduralabszess, Spaltung der Dura, Entleerung eines grossen, 200 ccm Eiter enthaltenden Intraduralabszesses. Exitus am nächsten Tage.

2. 50 jähriger Mann, heftige Kiefer- und Stirnhöhlenentzündung. Kieferhöhle durch endonasale Drainage erfolgreich behandelt. Stirnhöhle anfangs am inneren Augenbrauenende trepaniert und von da ausgespült, nach sechswöchentlicher erfolgloser Drainage nach Killian radikal operiert. Grosse Höhle, dünne, glatte Wände, chronisch veränderte Schleimhaut. Glatter Verlauf der Operation und der Wundheilung. Drainage nasalwärts und nach aussen. Bald darauf Menigitis; in drei Tagen Exitus. Ähnliche Fälle sind derzeit nach Gerber schon 36 beschrieben. Die publizierten Fälle lassen nicht immer mit Sicherheit die Ursache der postoperativen Komplikation erkennen. Hajeks erster Fall war vielleicht Wundinfektion, bezüglich des zweiten meint er, man solle das Siebbein nicht bis zum Dach entfernen. Die Stirnhöhlenradikaloperation ist kein harmloser Eingriff und nur nach strenger Indikation auszuführen, das sind hauptsächlich die Fälle mit Fistelbildung, Knochenveränderung und mit drohender Orbital- und Zerebralkomplikation, aber nicht die hartnäckige Sekretion.

Diskussion wegen Zeitmangel vertagt.

Sitzung vom 3. Februar 1909.

Demonstrationen: Heindl: Pemphigus der Mundhöhle, des Rachens und Kehlkopfes. Arsenkur erfolglos.

Kahler: Sequesterbildung des Zungenbeins bei einem 40 jährigen Manne, Ursache nicht aufgeklärt, wahrscheinlich akute Periostitis. Sequestrotomie.

Diskussion: Hajek.

Glas: Tumor der hinteren Trachealwand (oberer Anteil), wahrscheinlich Sarkom, bei einem 71 jährigen Patienten, von normaler Schleimhaut bedeckt. Rekurrenslähmung links. Demonstration mittelst direkter Tracheoskopie. Jodtherapie erfolglos. Gegen intratracheale Struma spricht das Alter des Patienten und das Fehlen jeder äusseren Schilddrüsenanschwellung. Wegen des Alters des Pat. ist nur die tiefe Tracheotomie bei zunehmendem Wachstum des Tumors indiziert.

In der Diskussion berichtet Heindl ausführlich über einen von ihm tracheoskopierten Fall von Trachealkompression durch eine Strumazyste, der nach Herausnahme des Instrumentes eine akute Stenose bekam, wobei die Tracheotomie — die Untersuchung wurde im Krankenzimmer gemacht — beinahe zu spät gekommen wäre. Heindl warnt vor tracheoskopischer Untersuchung ohne genügende Assistenz und Vorbereitung für alle Eventualitäten. Der tracheotomierte Pat. bekam dann am dritten Tage in der Nacht einen Anfall von Apnoe, der sich durch eine vorher gegebene zu starke Morphiumdosis erklärt. Letzterer Vorfall gibt Anlass zu einer weiteren Diskussion, an der sich Grossmann, Marschik und Glas beteiligen.

Sitzung am 3. März 1909.

Demonstrationen: Chiari: Fibrom der rechten Oberkieferhöhle bei einem 58 jährigen Manne, das seit mehreren Jahren Beschwerden machte. Der Tumor hatte nach aussen nur durch Reizung Verdickung der Knochenwände gemacht, war aber sonst auf das Antrum beschränkt.

Kahler: Ödematöses Fibrom des linken Oberkiefers, das, angeblich nach einer Zahnextraktion entstanden, zu Auftreibung des Oberkiefers und Ersatz des Processus alveolaris durch Geschwulstmasse geführt hat. Trotz des erwähnten histologischen Befundes besteht Verdacht auf maligne Geschwulstteile in der Tiefe. Radikaloperation (Totalresektion) in Aussicht gestellt.

Marschik a) Tumor des linken Oberkiefers (Zylindrom) bei einem 47jährigen Manne, seit drei Jahren bestehend; hat bereits die Gaumenplatte perforiert und die Medianlinie überschritten. Histologisch epitheliale Zellmassen, hyaline Bindegewebszüge oder Serum enthaltende Hohlräume einschliessend.

Therapie: Exkochleation, da einerseits die Radikaloperation verweigert wird, andererseits diese zu ausgedehnt wäre und endlich Zylindrome relativ gutartige, langsam wachsende Geschwülste zu sein pflegen.

b) Rachen- und Kehlkopfpräparat einer sogenannten primären, akuten infektiösen Pharynxphlegmone (Senator) bei einer 63jährigen Frau. Die Erkrankung begann mit Abszessbildung in der Vallecula und führte innerhalb acht Tagen zum Exitus.

Kofler: Ausgedehnte Synechienbildung der linken Nase bei einer 17jährigen Patientin im Anschluss an Masern mit 6 Jahren mit konsekutivem Verschluss des Ductus naso-lacrimalis und Dakryozystitis. Heilung durch radikale Entfernung der lateralen Nasenwand erscheint in der Monatsschr. für Ohrenheilkunde).

Menzel: a) Beiderseitige Nasenflügelansaugung durch Paraffininjektion auf einer Seite beseitigt.

Diskussion: Fein, Heindl.

b) Lymphosarkom der Nase und des Rachens, durch interkurrentes Erysipel nicht beeinflusst. Blutuntersuchung negativ. Keine Drüsenschwellungen. Die Probeexzisionen zeigten nie die sonst stets eintretende Reaktion der Umgebung.

c) Beiderseitige Tonsillarsklerose bei einem 26jährigen Pat., durch das Bild einer lakunären Angina anfangs markiert. Probeexzision zeigte zahlreiche Spirochäten.

Hutter: Rhinosklerom mit starker Tumorbildung im Nasenrachenraum, durch Erysipel bedeutend gebessert.

Braun: Morbus maculosus Werlhoffii bei einem 37jährigen Manne auf der Schleimhaut des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und der Trachea. Interessant ist die Dauer der Erkrankung (besteht schon seit dem fünften Lebensjahre und tritt in Attacken auf, meist im Frühjahre). Ausserdem gesteigerte Vulnerabilität, Annäherung des Krankheitsbildes an Hämophilie.

Diskussion: Menzel, Chiari beobachteten ähnliche Fälle.

Heindl spricht über Lues III. des Stirnbeins und der Stirnhöhlengegend, an Hand eines vorgestellten Patienten und über die Differentialdiagnose gegenüber Stirnhöhleneiterung (ersch. in der Monatsschr. f. Ohrenheilkunde).

Marschik berichtet über zwei ähnliche an der laryngologischen Klinik beobachtete Fälle, welche auch die Bedeutung der Röntgenographie auf diesem Gebiete dartun.

Grossmann: Vortrag über Dyspnoe und Apnoe.

Sitzung vom 14. April 1909.

Demonstrationen: Menzel: Partielle Rekurrenslähmung, seit 16 Jahren bestehend, mit krampfartigen Zuckungen und Kontraktionen der rechten Kehlkopfhälfte, wahrscheinlich auf syringomyelitischer Basis, da auch andere Symptome wie Hemihypalgesie, Thermohypästhesie etc. bestehen.

Diskussionen: Chiari bemerkt, dass er keinerlei Krämpfe des Stimmbandes beobachten konnte, noch irgendwelche Erscheinungen, die von denen abweichen, welche man gewöhnlich bei einseitiger Stimmbandlähmung sieht.

Glas fragt, wie sich die Sensibilität des Larynx verhält.

Menzel erwidert, dass die Krampfzustände nicht stets vorhanden sind.

Marschik: a) Gebiss, in der Höhe der Thoraxapertur, bei einem 24jährigen Manne oesophagoskopisch extrahiert (Kahler). Demonstration der Röntgenplatte. Trotz zweier querstehender Haken keine Schleimhautverletzung;

b) Knochenstück, 20 cm von der Zahnreihe bei einem 31 jährigen Manne, oesophagoskopisch extrahiert (Kofler), darüber ein 2 cm langer Schleimhautriss zu sehen;

c) Tapezierernagel im rechten Bronchus bei einem 11 jährigen Knaben, vor 14 Tagen aspiriert, hatte bereits rechtsseitige Pleuritis und lobuläre Pneumonien verursacht. Röntgenplatte. Der Fremdkörper hatte sich mit der Spitze nach oben in die Bronchialwand festgesetzt. Extrahiert mittelst oberer Bronchoskopie (Marschik): in allen drei Fällen glatter Verlauf.

Hirsch: Vier Fälle von chronischer Kieferhöhleneiterung nach eigener Methode operiert und alle nebst 12 anderen geheilt. Alle Eiterungen bestanden ein oder mehrere Jahre und waren erfolglos mit Spülungen behandelt worden. Hirschs Methode besteht in Anlegung einer Krauseschen Öffnung im unteren Nasengang mit Hineinklappen der Schleimhaut des unteren Nasenganges in die Kieferhöhle nach temporärer Resektion der unteren Muschel. Naht der Muschel nach Anlegung der Öffnung. Nachbehandlung keine. Die Fälle heilen durch Selbstdrainage. Die Erhaltung der ganzen unteren Muschel ist zur Vermeidung atrophischer Zustände wertvoll.

Diskussion: Réthi zweifelt an der dauernden genügenden Selbstdrainage; ausserdem sind nicht alle Fälle für Hirschs Methode geeignet. Réthi befürwortet seine Methode der breiten Eröffnung bis in den mittleren Nasengang mit partieller, aber definitiver Muschelresektion.

Glas: Für gewisse Fälle dürfte die Selbstdrainage nicht genügen. Fehlen eines Stückchens der unteren Muschel erzeugt keinerlei belästigende Symptome.

Roth: Wenn die Fälle durch Selbstdrainage sich nicht bessern, so verhindert die retrahierte Muschel die bequeme Spülung. Befürwortet Tanninspülungen, durch die er auch chronische Fälle geheilt hat.

Weil billigt Hirschs Methode als konservativ und doch Selbstdrainage ermöglichend.

Marschik: Auf der Klinik wird nach wie vor Luc-Caldwells Operation an allen chronischen Eiterungen, die sich durch Spülungen nicht bessern lassen, ausgeführt. Marschik zweifelt an der Rückbildungsmöglichkeit hochgradiger Schleimhauthypertrophie in veralteten Fällen.

Stern spricht über Sprachtherapie bei operiertem Wolfsrachen: 1. kräftige Stimmübungen; 2. passive Bewegungen des Gaumensegels mit dem Gutzmannschen Obturator; 3. Kontrolle der Therapie durch das Nasenhörrohr; 4. Atemübungen, insbesondere zur Erzielung der beim normalen Sprechen notwendigen langen Exspiration. Demonstration eines Patienten, der kein günstiges Operationsresultat bot, wo aber die Tonsillen vikariierend für das zu weit abstehende Gaumensegel eintraten. Die postoperative Sprachtherapie dauert meist viele Monate, Prognose ist aber günstig.

Hutter: Drainröhrchen einer Alveolaröffnung bei Kieferhöhleneiterung, neun Jahre in der Kieferhöhle gelegen und von da in die Nase gewandert.

Diskussion: Réthi, Weil, Glas, Heindl.

Hajek: Neue Haken zur Abhaltung der Wangenteile bei der Radikaloperation der Kieferhöhle. Marschik-Wien.

Berliner laryngologische Gesellschaft. Sitzung vom 18. Juni 1909.

1. Herr B. Fraenkel: Schwer erkennbarer Karzinomfall. Schluckschmerzen seit 1½ Jahre. Flaches Ulcus am Velum in der Medianlinie, mässige Infiltration an Uvula und Gaumenbögen. TBC, Wassermann negativ, histologische Wucherung der Epithelzapfen, die aber nach der Tiefe scharf begrenzt waren. K J nutzlos, Schmierkur brachte vorübergehende Besserung. Nochmalige histologische Untersuchung ergibt nur typisches Karzinombild. Der Fall überrascht durch die grosse Flächen- und geringe Tiefausdehnung.

2. Herr Königsberger: Kankroid des Nasenrachens. Patientin stark abgemagert, leidet seit 3 Monaten an Druck im Halse und Husten, seit 6 Wochen an übelriechendem Auswurf. Das Dach und die ganze Hinderwand des Epipharynx sind von einem Tumor bedekt, der vom Septumansatz bis zum Niveau des Gaumensegels herabreicht. Die mittleren Teile der Geschwulst sind zerfallen und von jauchigem nekrotischem, Schorf bedeckt. Die Tubenwülste sind frei, berühren aber den Tumor. Histologische Diagnose: Kankroid.

Diskussion: Herr Senator: Wodurch mag das Karzinom an dieser geschützten Stelle entstanden sein? Sind vielleicht traumatische oder entzündliche Vorgänge vorausgegangen?

Herr Fraenkel.

Herr Schoetz: Man braucht nicht nach einem besonderen lokalen ätioogischen Moment zu suchen. Warum sollen im Rhinopharynx nicht ebensogut wie anderswo Tumoren entstehen.

3. Herr Alexander: Anomalie des mittleren Nasenganges. Unter der sehr grossen mittleren Muschel liegt ein zweites, einer Muschel gleichendes Gebilde, das aber in sagittaler Richtung nur ca. 1½ cm misst.

4. Herr Finder: Argyrose nach Protargolgebrauch. Patient, vor 6 Jahren an Kieferhöhleneiterung operiert, wurde mit Protargoltamponade behandelt und setzte dieselbe seitdem eigenmächtig fort. Die ganze Kieferhöhlenschleimhaut und die mittlere Muschel sind blaugrau gefärbt. Im histologischen Präparat finden sich zahlreiche braune Körnchen von der Basalmembran bis in die Drüschicht hinein.

5. Derselbe: 2 Fälle von Rhinoselerom.

6. Diskussion über den Vortrag des Herrn Scheier: Zur Stimmphysiologie.

Herr Barth: Die Röntgenogramme sind schön ohne wesentlich Neues zu lehren. Die Übereinstimmung mit den mit meiner Kettchen-Methode erzielten Resultate zeigt, dass die Einwände gegen diese nicht stichhaltig waren.

Herr Gutzmann: Die Haltung beim Vokal U ist etwas abweichend von der bisherigen Vorstellung. Das Gaumensegel ist, wie ich es stets gezeichnet habe, scharf abgeknickt beim Anlauten; daraus folgt, das der hinterste Teil desselben für die Sprachbildung entbehrlich ist. Das Röntgenverfahren ergänzt die übrigen Methoden der Stimmphysiologie in glücklicher Weise, kann aber nur auf eine beschränkte Zahl von Fragen antworten.

Herr Katzenstein: Die kurze Exposition erlaubt den normalen Sprachvorgang darzustellen. Sind dem Vortragenden Unterschiede zwischen den Aufnahmen bei Natur- und Kunstsängern aufgefallen? Gegen Herrn Barth ist daran festzuhalten, dass auch der kleinste Fremdkörper den Kehldeckel an der normalen Funktion hindert.

Herr B. Fraenkol: Ich habe früher darauf aufmerksam gemacht, dass Perforationen des Gaumensegels, die nahe dem freien Rande liegen, die Sprache nicht stören. Das hängt mit dem, von Herrn Gutzmann betonten Knick zusammen. — Sollte es wohl möglich werden, mittelst der Röntgenogrophie eine objektive Kontrolle über die Richtigkeit der Lehrmethode eines Gesanglehrers zu gewinnen?

Herr Gutzmann weist darauf hin, wieviel Individuelles beim Kunstgesang mitspielt; so ist z. B. der von Barth verlangte Tiefstand des Larynx bei hohen Tönen durchaus nicht allgemein; gute Künstler singen anders.

Herr Katzenstein: Gewisse Methoden schädigen immer die Stimme, wenn wir diese aufdecken, kommen wir vielleicht Herrn Fraenkels Anregung näher.

Herr Barth: Das Tiefertreten des Kehlkopfs mit steigender Tonhöhe ist notwendigerweise für den Gesang nützlich. Wenn es Künstler gibt, die anders singen, so singen sie vielleicht mit dieser Methode noch besser.

Herr Scheier: Schlusswort. Arthur Meyer.

Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft. 62. Sitzung vom 31. März 1909.

Vorsitzender: Prof. Mygind.
Schriftführer: Dr. Blegvad.

I. Jörgen Möller: Einige Fälle von Rhino- bzw. Otolithiasis.

Fall I: 51 jährige Frau; scheusslicher Geruch aus der Nase, Ursprung unbekannt, nur gibt sie an, dass vor Jahren kleine Knochensplitter aus der Nase gekommen seien. In der Nase ein grosser hemdknopfförmiger Rhinolith, dessen beide Seitenhälften mittelst eines durch eine Septumperforation gehenden Zwischsentücks verbunden sind. Die Konsistenz sehr hart, so dass es in 3 verschiedenen Sitzungen nur gelang kleinere Stücke loszubrechen; später blieb Patientin von der Behandlung aus.

Zerstörung der Nasenscheidewand durch Rhinolithen, so dass sie allmählich beide Nasenhälften ausfüllen, ist mehrmals beschrieben worden, von Hemdknopfform findet man aber nichts. Die Peforation hat hier wahrscheinlich schon vorher bestanden (luetische Zerstörung?).

Fall II: 25 jähriger Mann; seit Jahren stinkende Naseneiterung unbekannten Ursprungs. In der linken Nasenhälfte ein haselnussgrosser Rhinolith, sehr brüchig. Die chemische Zusammensetzung weicht in erheblichem Grade von dem Gewöhnlichen ab; die Rhinolithen bestehen als Regel grösstenteils aus Kalksalzen, enthalten organische Stoffe nur in geringerer Menge und Eisen nur als Spur; hier aber fand man 28,50 % organische Stoffe und 35,84 % Eisenoxyd.

Fall III ist nur durch die sonderbare Weise eigentümlich, in der das Konkrement entdeckt wurde: es wurde, nachdem schon mehrmals ohne Schwierigkeit Tubenkatheterisation vorgenommen worden war, mit dem Tubenkatheter in den Schlund gestossen; die Stelle, wo es gelegen hatte, war nicht aufzufinden.

Fall IV: Otolithiasis.

Blegvad demonstrierte 2 Rhinolithen. Fall I: 25 × 13 mm grosser, nach hinten zu zweiteiliger Rhinolith. Fall II: Scheibenförmiger Rhinolith, 12 mm im Durchmesser, 6 mm dick, lag in einer Vertiefung des vorderen Endes der unteren Muschel; sowohl die Schleimhaut als der Knochen waren an der betreffenden Stelle atrophiert.

IV. E. Schmiegelow: Fall von Diverticulum oesophagi.

74 jährige Frau; durch 15 Jahre zunehmende Schluckbeschwerden, ist jetzt aufs Äusserste abgemagert. Die Röntgenuntersuchung ergab ein mächtiges Divertikel, dessen unterer Rand in der Höhe der 5. Dorsalwirbel lag. Gastrostomie wird vorgenommen, jedoch ist sie 4 Tage nach der Operation an einer Pneumonie gestorben.

Das Präparat wurde demonstriert: ein gänseeigrosses Divertikel, von der hinteren Schlundwand ausgehend und bis zum Arcus aortae reichend.

Diskussion: Gottlieb Kiär berichtet über einen Fall von Ectasia et diverticulum oesophagi bei einer 60 jährigen Frau. Kiär untersuchte die Patientin 7 Stunden nach einer Mahlzeit; während der Laryngoskopie öffnete sich plötzlich der Ösophagusmund und eine weisse, schleimige Flüssigkeit quoll hervor und füllte die Sinus pyriformes; es wiederholte sich dies mehrmals. Bei der Ösophagoskopie fand man im oberen Teil der Speiseröhre eine ziemlich grosse Erweiterung, an deren Hinterwand ein 1 cm breiter Querspalt sichtbar war; er führte in ein Divertikel hinein, aus dem die besprochene Flüssigkeit ausgedrückt werden konnte. Im übrigen Teil der Speiseröhre nichts Abnormes.

III. E. Schmiegelow: Fall von Cancer sinus sphenoidalis.

74 jährige Frau; Schmerzen im rechten Oberkiefer, Verstopfung und Eiterung der rechten Nasenhälfte, Doppelsehen. Die Geschwulst wurde nach Decorticatio faciei und Resektion der vorderen Kieferhöhlenwand, des Proc. nasalis und der Muscheln entfernt. Wird 14 Tage nach der Operation entlassen, ist subjektiv bedeutend erleichtert.

Ausserdem otologische Mitteilungen. Jörgen Möller.

Verhandlungen der laryngologischen Sektion der „Royal Society of Medicine“, 3. März 1909.

Präsident Dr. Dundas Grant.

Dundas Grant: 1. ein Fall von hartem Schanker an der Lippe einer jungen Frau, die Ulzeration bestand bereits $2^1/_2$ Monate. Es zeigten sich eine deutlich sichtbare Induration des Geschwürs und eine Menge Drüsen in der Submaxillargegend. In der mittelst einer Punktionsnadel aus dem Grund der Ulzeration gezogenen Flüssigkeit fanden sich Spirochäten.

2. Ein Fall von Tuberkulose des Larynx und eingetretene Besserung nach galvanokaustischen Einstichen.

3. Ein Fall von Tuberkulose des Larynx, bei welchem man eben mit der Behandlung von galvanokaustischen Einstichen begonnen hatte.

Der Stich wurde in diesem Falle in den Grund eines länglichen sitzenden Gewächses gemacht, das anscheinend aus dem linken Ventrikel vorragte.

Lambert Lack: Ein Fall von Teleangiektasie mit Epitaxis. Die Patientin war eine Frau von 53 Jahren. Der Ursprung der Blutung war der äussere Teil des Septums an der rechten Seite. Naevi-Flecken waren an der rechten Wange, den Lippen, dem Gaumen vorhanden. Kein anderes Glied der Familie war erkrankt.

Diskussion: Waggett, Dundas Grant, Lambert Lack.

Stuart-Low: 1. Ein Fall von Schilddrüsen-Tumor der Zunge.

Eine Frau von 32 Jahren mit einer harten Geschwulst an der Basis der Zunge. Sie hatte sich bereits anderweitig zwei Operationen unterzogen, aber das Gewächs war wieder gekommen. Es wurde nun vorgeschlagen, eine präliminare Laryngotomie vorzunehmen, und den Tumor radikal zu entfernen.

Diskussion: Scones Spicer, Atwood Thorne, Creswell Baber, Dundas Grant, Fitzgerald Pawell, Stuart-Low.

2. Ein Fall, der eine ungewöhnlich grosse und lange Zunge zeigte. Der Patient war ein Knabe von 8 Jahren. Die Zunge hatte von der Basis bis zur Spitze eine Länge von 12,7 cm. Obgleich eine grosse Masse von Adenoiden vorhanden gewesen, war der Kiefer doch gut entwickelt.

Diskussion: Wylie hat eine Dame mit noch längerer Zunge gesehen die sie in den Naso-Pharynx zurückbiegen konnte, wo man sie in dem rhinoskopischen Bilde sehen konnte.

Donelan: 1. Präparat; Uvala von einem Herrn von 42 Jahren mit Gewächs an der linken Seite.

2. Rechts- und linksseitige rechtwinkelige Meissel zum Entfernen der nasalen Wand der Kieferhöhle, entweder als selbständiges Verfahren zur Heilung der Kieferhöhleneiterung, oder als Teil der Radikaloperation von der Fossa canina.

Diskussion: Dundas Grant und Tilley weisen auf Fälle hin, bei welchen der Gebrauch von rechtwinkeligen Meisseln eine Verletzung des Tränenkanals mit darauf folgender Epiphora zur Folge hatte.

Irwin Moore stellt einen Mann von 45 Jahren vor mit Kehlkopftumor. Das Gewächs war zum Teil zystisch, zum Teil bestand es aus Granulations-Gewebe. Die Meinungen die Diagnose betreffend waren geteilt.

Diskussion: Dundas Grant, Irwin Moore.

Dundas Grant und Dan M'Kenzie: Gumma des Larynx.

Die Patientin war eine Frau von 32 Jahren. In der linken subglottischen Region befand sich ein konischer Tumor. Der Versuch, ihn zu entfernen, verursachte Dyspnoe, Tracheotomie. Mit Jodkali und Merkur behandelt, verschwand diese Schwellung, aber das linke Stimmband zeigte noch eine Reihe roter Granulationen.

Diskussion: Will.

Charles Parker: Ein Fall von chronischer Infiltration des Larynx.

Der Patient — ein Fleischer — von 35 Jahren, hatte seine Stimme beim Rufen in den Strassen sehr angestrengt. Er war fünf Jahre heiser und verlor die Stimme neun Monate lang, Lues zugegeben, doch hatte sich der Zustand des Larynx bei starken Dosen von Jodkali wenig verändert. Jetzt zeigt sich eine deutliche Infiltration der laryngealen Fläche der Epiglottis der linken ary-epiglottischen Falte, eine bedeutende interarytaenoide Schwellung von roter Färbung, die sich bis unter die Stimmbänder erstreckt; einige Infiltration der Ventrikularbänder und eine deutliche, blasse Schwellung unterhalb des linken Stimmbandes.

Diskussion: Lambert Lack, Dundas Grant, Mark Hovell, Tilley, Jobson Horne, Dan M'Kenzie, Hill, Powell, M'Bride. Die allgemeine Ansicht war, dass es ein Fall von chronischer Laryngitis war, von der Art einer Pachydermie, wohl durch die syphilitische Infektion beeinflusst, aber nicht ganz dadurch verursacht. Dr. Parker beabsichtigte, das Gewächs unterhalb des linken Stimmbandes auf direktem Wege zu entfernen.

Jobson Horne: Ein Fall von laryngealem Neoplasma mit mikroskopischem Präparat desselben. Die Patientin war 64 Jahre alt. Der Tumor sass oberhalb der hinteren Hälfte des rechten Stimmbandes und schien dem Ventrikel oder dem Ventrikularbande zu entspringen. Nach Entfernung eines Stückes für die Diagnose nahm er ziemlich schnell an Umfang zu. Vorgestellt zur Diagnose.

Diskussion: Dundas Grant, Waggett, Jobson Horne.

Lambert Lack: ein Tumor des harten Gaumens bei einer Frau von 30 Jahren.

Diskussion: Dundas Grant, Westmacott, Lambert Lack.

Furniss Potter: ein Kehlkopffall zur Diagnose bei einem Manne von 48 Jahren. Der Vorstellende schwankte zwischen bösartigem Tumor und Syphilis.

Diskussion: Dan M'Kenzie, Powell, Dundas Grant, Lambert Lack.

Waggett: grosse maulbeerförmige Erweiterung der unteren Nasenmuschel (Präparat.)

Hill: Ein Fall von subglottischem Gewebe, vorgelegt bei der letzten Versammlung. Der Fall war eine wirkliche subglottische Hyperplasie, die äussere Hälfte des Kehlkopfes eines syphilitischen Patienten versperrend. Dr. Hill beabsichtigte, die Verdickung durch Laryngofissur zu entfernen; wird er intralaryngeal entfernt, so ist ein Rückfall sicher.

Diskussion: Dundas Grant. Guthrie-Liverpool.

VI. Personalia.

Der Güte unseres ständigen Mitarbeiters Herrn Prof. P. Heymann verdanken wir folgenden Bericht:

Am 16. Juli feierte der Senior unserer Spezialität in Deutschland Herr Bernhard Fränkel sein 50. Doktorjubiläum. Bei der grossen und vielseitigen Tätigkeit waren die Huldigungen und Zeichen der Anerkennung und Dankbarkeit, die ihm an diesem Tage dargebracht wurden, sehr mannigfaltige. Ministerium, medizinische und laryngologische Gesellschaften, die Universität, die Kaiser Wilhelmsakademie, die verschiedenen Vereine zur Bekämpfung der Tuberkulose, zahlreiche alte Schüler und Freunde wetteiferten dem Gelehrten, zu zeigen, was sie für ihn empfinden und wie sie ihn verehren. Die Fakultät erneuerte das Doktordiplom, die Berl. med. Gesellsch. und der Verein für innere Medizin liessen durch ihre Vorsitzenden gratulieren, die Berl. laryngol. Gesellschaft, deren Gründer und Vorsitzender der Jubilar ist, liess ihm durch den Gesamtvorstand unter Führung des P. Heymann ein Diplom als Ehrenpräsident, eine eigens, für ihn ge-

schaffene Würde, überreichen. Im Namen des Ministeriums überreichten Herr Ministerialdirektor Naumann und Herr Geheimrat Elster im Auftrage des verhinderten Ministers den roten Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub und der Zahl 50. — Aus der sehr bemerkenswerten Anrede, die Herr Direktor Naumann an den Jubilar richtete, ist besonders hervorzuheben, dass er die Tätigkeit Fränkels für die Selbständigkeit der Laryngologie besonders betonte und fortfuhr: „Was an mir liegt, soll geschehen, um der Laryngologie bei uns ihre Selbständigkeit zu erhalten, wenn auch einmal an einer kleinen Universität aus äusseren Gründen eine Personalunion eingegangen werden muss." Eine in diesem Munde wichtige und sicherlich beabsichtigte Mitteilung.

Ernennungen: Dr. Bernhard Heine, a. o. Prof. in Königsberg, zum a. o. Prof. der Ohrenheilkunde in München.

Prof. Stenger, Königsberg, zum Prof. der Ohrenheilkunde daselbst.

Zum ausserordentlichen Professor ernannt: Dr. Julius Hegener, Priv.-Doz., Ohrenheilkunde, Heidelberg.

Gestorben: Dr. van Ruymbecke-Brüssel, Carlo Labus-Mailand.

Über das Rhinophyma.

Von

Dr. Richard Hoffmann,

Ohrenarzt am Stadtkrankenhaus Johannstadt zu Dresden.

Mit 2 Tafeln.

Fälle von Rhinophyma kommen wohl meist, wenigstens nach der vorliegenden Literatur zu urteilen, in die Hände der Chirurgen bezw. Dermatologen. Ich selbst habe unter einer nicht geringen Zahl von Krankheitsfällen nur jüngst einen hierher gehörigen Fall gesehen und behandelt.

Das gab mir die Veranlassung, mich mit der Krankheit näher zu beschäftigen.

Die Kenntnis des Rhinophyma (F. v. Hebra [12] gab der Krankheit diesen Namen) lässt sich bis ins Altertum zurück verfolgen, wo diese Krankheit schon den Satyrikern reichlichen Stoff zu humoristischen Ergüssen gab. In einem alten Epigramm (12) liest man von der Nase des Pompilius folgendes:

> Pompilio est nasus cubitos tres longus et unum
> Latus et hunc murus cingit uterque triplex;
> Adsunt et turres, Bacchus quas condidit ipse
> Et minio tinctas usque rubere dedit.

Dagegen findet sich weder bei den griechischen noch bei den lateinischen medizinischen Autoren eine Abhandlung über diese Krankheit. Erst im Mittelalter wird in den Werken der damaligen Autoren des Leidens Erwähnung getan. So z. B. schreibt Senertus (56): Summum Tubercula ista interdum incrementum, ut facies inaequalis et horrida evadat, et nasus valde augeatur. Fast 150 Jahre später gibt Lorry (40) eine Darstellung des Leidens in seinem: Tractatus de morbis cutaneis, Paris 1777 und zwar in dem Kapitel: De rubore et tumoribus in cute narium, wo es heisst: Sed

si nulla excitetur inflammatio, si sola congestio humoris fiat, si augeatur illa sensim, tunc agglomerati tumores figuram nasi prorsus deturpant, ipsique dant difformes appendices . . . . Sed saepe non una appendix nasum dehonestat.

Wieder etwas später schreibt Batemann (41): Die Nase schwillt vorzüglich auf . . . . . . und im höheren Lebensalter vergrössert sie sich zu einer ungeheueren Gestalt. Alibert (82) erwähnt das Leiden nur vorübergehend.

1816 erwähnt Meckel (77) Fälle von elephantiastischer Verdickung der Haut, speziell an der Nase, wobei sich vielfach gelappte, feste elastische Geschwülste vom Gewicht mehrerer Pfunde entwickeln, welche das ganze Gesicht bedecken.

1835 schildert Rayer (42) das Bild des Rhinophyma in mustergültiger Weise: Enfin dans quelques cas plus rares, la couperose n'étend pas son siège au delà des ailes du nez sur lequel s'élèvent des tumeurs rugueuses, d'un rouge livide, plus on moins considérables. Tous les tissus élémentaires de cet organe se gonflent au point de donner à cette partie de la face une dimension double et triple de celle qui lui est ordinaire. Biett (82) folgt Rayers Schilderung.

Eine weitere die Krankheit charakterisierende Darstelluug geben Fuchs (43), Gibert (47), Hardy (48), A. Todd Thomson (50), Maurice Chaussit (45), Duchesne Duparc (46), Rochard (49), Förster (78), Weber (80) und eine Reihe anderer Autoren, auf die ich in den folgenden Ausführungen kommen werde.

Das Rhinophyma, auch als Elephantiasis der Nase, hyperplastische Weinnase, Kupfer-, Doppel-, Pfund- oder Knollennase bezeichnet, ist eine überhaupt seltene Erkrankung.

Charakterisiert wird dieselbe durch eine vor allem an der Nasenspitze und den Nasenflügeln stark ausgebildete Hypertrophie der Nasenhaut. Selten ist die Hypertrophie eine gleichmässige, an der Nasenspitze am stärksten, nach den Nasenflügeln und der Nasenwurzel allmählich abnehmend in der Weise, dass sämtliche Durchmesser der Nase vergrössert erscheinen, die Nase aber in ihren äusseren Umrissen ihre gewöhnliche Form behält, vielmehr ist dieselbe in den meisten Fällen eine unregelmässige in Form mehr oder minder grosser, selten deutlich gestielter (Hebra [12]), meist breitbasig der Nasenspitze und den Nasenflügeln aufsitzender, lappiger Knoten und Auswüchse. Manchmal findet sich nur ein der Spitze aufsitzender Auswuchs, der bis über die Lippen, ja bis zum Kinn (cf. unten) herabreicht, ohne gleichzeitig an Breite zu gewinnen. Er erinnert so an die zapfenförmige Fleischwarze des Truthahns (Meleagris gallopavo) (Hebra 12).

Zuweilen greift die wulstige Verdickung auch auf die Haut der Nachbarschaft, auf Wangen und Augenbrauenbögen über (Rusch [2], Weinlechner [3]), wenn auch an den letzteren Stellen dieselbe weniger intensiver zu sein pflegt als an der Nase. Jedenfalls bildet sich das Leiden dort am stärksten aus, wo das Talgdrüsensystem am besten entwickelt ist.

Die Farbe der erkrankten Partien wird als dunkelrot, blaurot, violettrot, auch wohl als schiefergrau bezeichnet, doch kann sie auch nur wenig von der Norm abweichend sein (Hebra 12).

In einem Falle von Trendelenburg (10) war die Geschwulst purpurrot und eine ähnliche, etwas blässere Purpurröte überzog das ganze Gesicht, die Kopfglatze, den Hals und Nacken, um sich nach dem Rücken und Brust zu mehr und mehr zu verlieren.

Die Oberfläche der erkrankten Partien ist meist glatt und glänzend, auf derselben finden sich fast immer auffällig erweiterte Talgdrüsenausführungsgänge, die sich als zahlreiche weite Poren auf der Oberfläche kennzeichnen und die auf Druck dicken Talg entleeren. Letzterer erleidet durch den Zutritt der Luft leicht eine Zersetzung und verbreitet einen unangenehmen ranzigen Geruch. Mitunter sind die Follikel in grössere Retentionszysten umgewandelt, aus denen sich der Talg in förmlichen Bändern, wie Makkaroni ausdrücken lässt (A. Guérin zit. nach Trendelenburg [10]).

Sehr häufig weist auch die Haut der Umgebung reichliche Akneknoten und Komedonen auf.

Auf der Oberfläche der Wucherung finden sich meist, nicht immer, erweiterte geschlängelte Gefässe.

Die Konsistenz wird als weich, teigig, elastisch, selten als derb bezeichnet.

Das Rhinophyma ist ein durchaus gutartiges Leiden. In geringen Graden seiner Entwickelung pflegt nur die durch dasselbe bedingte Entstellung zum Arzt zu führen. Bei höheren Graden können jedoch wirkliche Beschwerden hinzukommen. Abgesehen davon, dass grössere Geschwülste schon durch ihre Schwere — bisweilen besteht auch ein subjektives Wärmegefühl beim Rhinophyma — den Träger belästigen können, haben Tumoren, die nach unten, über die Oberlippe hinweg bis zum Kinn reichten, die Nahrungsaufnahme beschwerlich gemacht (Wende [4], Hebra [12], Schierwasser [91]) oder die Atmung wird behindert infolge von Kompression der Nasenlöcher durch die Hypertrophien (Ohmann Dumesnil [5], Dubreuilh [6]) oder endlich das Sehen durch seitlich hervorragende Geschwulstknoten (Senertus [56], Dubreuilh [6]).

Welch exzessive Grösse die Nase beim Rhinophyma erreichen kann, demonstriert ein Fall von Veiel (39). Hier hatte die Nase im Laufe von Jahrzehnten mehr als das Doppelte der Länge und Breite erreicht und glich einer von tiefen Furchen durchzogenen, riesigen, blassroten Himbeere. In einer Beobachtung von Bewley (39) war die Nase doppelt mannsfaustgross und einer solchen von Theulot (1732) (Trendelenburg [10]) war die vor 30 Jahren zuerst bemerkte Geschwulst 5 Pfund schwer geworden und hing in vier Lappen bis über das Kinn herunter. Der alte Herr musste sie sich nicht nur beim Essen und Trinken, sondern auch beim Schlafen durch eine Bandage in die Höhe halten lassen.

Eine vorzügliche bildliche Darstellung (Egger [76]) hat die Pfundnase durch den präraphaelitischen Maler Ghirlandajo (1494) gefunden. Sein im Louvre befindliches Bild, bezeichnet als „Le vieillard et l'enfant" zeigt in offenbar gesuchtem Kontrast den trotz der formidablen Pfundnase nicht unsympathischen Alten, dessen Worten der hübsche, kindliche, aber offenbar mit dem Anblick der mächtigen knolligen, blauroten Nase seines Lehrers versöhnte Schüler lauscht.

Die ersten histologischen Befunde beim Rhinophyma stammen von Rokitansky (71) und G. Simon (44).

Der Hauptsitz des pathologischen Prozesses ist das Korium (Wings [39], Hebra [22]), während in der Epidermis, dem Malpighischen Netz und in der Subkutis nur manchmal etwas von der Norm abweichendes zu finden ist.

Die pathologischen Veränderungen im Korium betreffen im wesentlichen die Talgdrüsen und das Bindegewebe desselben. Beide befinden sich im Zustande der Hypertrophie bezw. der Hyperplasie.

Bald beherrscht die Hypertrophie der Drüsen das Bild, während sich die Hyperplasie des Bindegewebes auf die Umgebung der Drüsen und ihre Ausführungsgänge beschränkt, bald tritt die Hyperplasie des Bindegewebes in den Vordergrund, die Drüsen dagegen sind fast normal (Egger [76], Leloir und Vidal [101]). Dazwischen finden sich Mischformen.

Bei der Hypertrophie und Hyperplasie der Drüsen sind die einzelnen Acini nicht nur grösser als normal, sondern ihre Zahl kann erheblich vermehrt sein.

Bei starker Hyperplasie der Talgdrüsen findet man Talgdrüsenläppchen nicht nur am Grunde der immer erweiterten Ausführungsgänge, sondern schon dicht unter der Hautoberfläche ist alles voll Drüsenläppchen, die sekundäre und tertiäre Bildungen aufweisen. Die Hautoberfläche kann dann durch solche Drüsenläppchen in die Höhe gewölbt sein, während die Mündung des Ausführungsganges da-

durch mulden- oder trichterförmig eingezogen erscheint. An solchen Stellen ist dann auch die sonst normale Epidermis verdünnt, der Papillarkörper niedrig, wie abgeflacht (Egger [76]).

Bei der Hypertrophie und Hyperplasie des Drüsengewebes handelt es sich, wie Solger (8) betont, um eine völlig typische Proliferation des Drüsengewebes mit Erhaltung der Funktion der Drüsen. Die neugebildeten Drüsenläppchen gleichen völlig dem Muttergewebe.

Neben Hyperplasie findet sich manchmal zystische Entartung der Talgdrüsen. Die Ursache der zystischen Entartung ist Sekretretention, gegeben entweder durch die Überproduktion von Talg von den an Zahl und Masse vermehrten Acini oder durch Druck des umgebenden Gewebes (Wucherung oder Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes).

Solger (8) fand Abszessbildung um die erweiterten Talgdrüsenausführungsgänge.

Was die feineren Veränderungen in den Drüsen angeht, so fand Egger (76) die Zellen in den Talgdrüsenläppchen normal, sehr gross. Ihr Protoplasma namentlich in mit Hämalaun-Eosin behandelten Präparaten stark tingiert, besonders an der Peripherie. Die Kerne waren schwach gefärbt, manchmal fehlten sie, stellenweise war Verhornung zu konstatieren.

Die Ausführungsgänge fand dieser Autor mit Epithel ausgekleidet, das bis zur Einmündung in die Drüsenläppchen in seinen oberen Schichten verhornt war.

In den Formen, wo die Hypertrophie das Bindegewebe überwiegt, erstreckt sich diese zuweilen auch auf die Subkutis (Unna [7], Egger [76]). Das Bindegewebe ist im allgemeinen groblückig, locker, zart, wellfaserig, manchmal ist es sklerosiert (Egger [76]).

Bei beiden Hauptformen findet man das Bindegewebe von erweiterten Gefässen durchzogen und das ist ebenfalls ein charakteristischer Befund beim Rhinophyma. Die Gefässerweiteruug wird immer da zu finden sein, wo, wie wohl meist, das Rhinophyma auf dem Boden einer Rosazea entstandan ist, und dieselbe ist ja schon äusserlich sichtbar (vergl. o.).

Die Gefässe sind manchmal in solcher Anzahl vorhanden, dass man nicht annehmen kann, dass es sich nur um erweiterte und eben deshalb erst sichtbare Gefässe handelt, wie das Dohi (1) behaupten will, vielmehr muss man in solchen Fällen annehmen, dass neben der Erweiterung entschieden auch eine Neubildung von Gefässen stattgefunden hat (Kaposi [8], Egger [76]). Die Gefässe können manchmal die Form weiter Sinus annehmen und die Haut in eine Art

kavernösen Gewebes umwandeln, dass den Eindruck eines Angioms macht (Thiberge [93]).

Die Blutgefässe sind bisweilen von ebenfalls erweiterten Lymphgefässen begleitet. Leloir und Vidal (101) bezeichnen Formen, in denen neben Hypertrophie des Bindegewebes sich reichliche erweiterte Lymph- und Blutgefässe finden, als elephantiastisch.

Bei genauerer Untersuchung der erweiterten Blutgefässe fand Egger (76) deutlich eine Hypertrophie der Wand und die Endothelien wie aufgequollen. Die Verdickung der Gefässwände fassen Dohi (1) und Egger (76) auf als den Ausdruck einer Reaktion auf die Erweiterung der Blutgefässe, also als eine Art Kompensation.

Im hypertrophischen Gewebe der Kutis finden sich reichliche, rundzellige Infiltrate eingelagert, besonders um die Gefässe und die erweiterten Ausführungsgänge.

Viele Autoren, z. B. Unna (7), Dohi (1), Solger (8) fanden in in diesen Infiltraten Riesenzellen, Mastzellen, vor allem Plasmazellen, Berdal und Jayle (102) fanden in diesen Infiltraten Zellen, welche den histologischen und histochemischen Charakter von xanthelasmatischen Zellen hatten.

Die Epidermis und das Rete Malpighi sind wie erwähnt in der Regel ohne auffallende Veränderung. H. v. Hebra (22) fand indessen stellenweise die Malpighische Schicht verdickt, welche Stellen besonders Vertiefungen in der oberflächlichen Lage der Kutis entsprachen. Am häufigsten fanden sie sich an jenen Stellen, wo eine Fortsetzung der Epithelschichten in die Haarwurzelscheiden sich vorfindet. Häufig fand v. Hebra (22) die tieferen Epidermislagen mächtiger als de norma.

Auch Egger (76) fand in einem seiner Präparate an einer Stelle, wo durch Wucherung des umgebenden Bindegewebes der Ausführungsgang einer Drüse nahe seiner Ausmündungsstelle an die Oberfläche komprimiert wurde, während er unterhalb dieser Stelle sich enorm erweitert fand, die Epithelschicht dicker und breiter als sonst, also ebenfalls gewuchert und sie trug so ihrerseits neben der Wucherung des Bindegewebes zur Verengerung des Lumens des Ansführungsganges bei.

Dass die Epidermis bei starker Hyperplasie der Drüsen auch verdünnt sein kann, wurde oben erwähnt.

Die zu den Talgdrüsen gehörigen Haarfollikel sind nach Thibierge (93) atrophiert, die Haare verschwunden. Dagegen finden sich in einem typischen Falle von Talgdrüsenhyperplasie, den v. Hebra (22) abbildet, beide wohl erhalten.

Die Schweissdrüsen sind erhalten, ihre Ausführungsgänge normal (Unna [7], Wings [39]).

Beim Rhinophyma ist das Knochengerüst der Nase intakt und auch an dem knorpeligen Gerüst scheinen keine Veränderungen einzutreten. Nach anderen Autoren Ollier (62), Brian (11) besteht neben der Hauthypertrophie auch eine solche des Knorpels. Lukas Champonière (66) und P. Berger (67) sprechen von gleichzeitiger Erweichung des Knorpel bei exzessiv weichen Geschwulstformen. Nach Trendelenburg (10) ist das Perichondrium stark verdickt, die Nasenknorpel nach allen Richtungen hypertrophiert. Sie sind dicker, länger und breiter als früher. Die Nasenlöcher sind dementsprechend erheblich weiter als normal. Im Gegensatz hierzu fand wiederum Dubreuilh (6) weder am Knorpel noch am Knochen Veränderungen.

Sehr different sind die Anschauungen der Autoren über das eigentliche Wesen des Rhinophymas.

Eine ganze Reihe von Autoren sehen das Leiden für eine hochgradige entwickelte Acne rosacea, für ein drittes Stadium dieser Hauterkrankung an, G. Simon (44), Virchow (81), Ferdinand Hebra (12), Birch-Hirschfeld (83), Jessner (85), Lexer (11), Rille (13), Kaposi (9), Jadassohn (88), Lesser (90), Rusch (2), v. Esmarch und Kulenkampf (57), Thibierge (93), u. a. (s. u.)

Dagegen verneinen andere einen Zusammenhang des Rhinophymas mit der Acne rosacea völlig bezw. geben einen solchen nur für einzelne Fälle zu v. Bruns (16).

Nach H. v. Hebra (22) beruht das Rhinophyma auf einer selbständigen, mit der Acne rosacea nicht zusammenhängenden, resp. von einer solchen nicht abzuleitenden Geschwulstbildung (Bindegewebsgeschwulst).

Seine Auffassung begründet dieser Autor durch seine histologischen Befunde. Auch Lorry (40) scheint 1779 dieser Auffassung gewesen zu sein, da er das Leiden nicht in dem Kapitel: De gutta rosea, sondern unter: De rubore et tumoribus in cute narium behandelt, ohne jedoch eine exakte wissenschaftliche Schilderung seiner Auffassung zu liefern.

Erasmus Wilson (70) fast das Rhinophyma als Hypertrophie auf und gibt ihm den Namen Spargosis nasalis. Diese Spargosis nasalis ist in Analogie zu setzen mit an anderen Körperteilen vorkommenden ähnlichen Prozessen. So spricht Wilson von einer Spargosis nasalis, Spargosis penis, scrotalis, cruralis, brachialis.

Porta (79) bezeichnet das Rhinophyma als Tumores folliculares sebacei oder Lupiae sebaceae.

Nach Villaret (84) handelt es sich um eine Hypertrophie der Haut, an der dieselbe mit allen ihren Teilen (Drüsen, Haarbälgen) sich beteiligt, ebenso das Unterhautzellgewebe. Er betrachtet eine derartige Volumszunahme der Haut als ein selbständiges Leiden, das der Elephantiasis anzugliedern sei. Für die Gleichstellung der Krankheit, mit Elephantiasis Arabum, ist auch Wilson (70) ferner Rokitansky (71), Wernher (73), Ponzet (74), Ollier (62), Guibot (75), Trendelenburg (10) (s. u.).

Nach Lesser (86) ist das Primäre bei der Entstehung des Rhinophymas die Erweiterung und Proliferation der Blutgefässe. Daraus resultiert Hypertrophie des Bindegewebes. Diese führt durch mechanische Kompression der Ausführungsgänge zur Stauung des Sekrets in den Talgdrüsen und so zur Entzündung.

Ziegler (87) ist geneigt, wegen der auffallenden Gefässbeteiligung bei den im Verlauf der Acne rosacea auftretenden, mächtigen Verdickungen der Nase — Rhinophyma — sie zu der angiomatösen Elephantiasis zu zählen. Ein Unterschied gegenüber der letzteren erkennt er jedoch darin, dass die Gefässerweiterung ganz allmählich, im Laufe der Jahre, sich einstellt und das an der Hautverdickung auch die Talgdrüsen sich wesentlich beteiligen.

Pottgiesser (32) beschreibt das Rhinophyma als eine gutartige, im Verlaufe vieler Jahre, allmählich entstehende Geschwulstbildung.

Tillmanns (19) nimmt eine entzündliche Hyperplasie an. Lassar (14) führt das Leiden auf einen unbekannten Reiz zurück, der in die äusseren Partien der Talgdrüsen wirken muss, Hypersekretion derselben mit zystischer Erweiterung, Proliferation der Drüsen, schliesslich Hypertrophie des umgebenden Bindegewebes hervorruft. Für seine Annahme macht Lassar (14) als Beweis geltend, dass nach der Dekortikation (s. u.) Rezidive nicht beobachtet wurden, trotzdem bei dieser Operation nicht die ganze Haut entfernt wird, sondern die tieferen Drüsenschichten erhalten bleiben. Prädisponiert zu der Erkrankung sind Leute, die schon in der Norm ungewöhnlich weite Poren haben.

Dieser Autor bezeichnet das Rhinophyma als Zysto-Adeno-Fibrom. Péraire und Pilliet (15) als Adenom. v. Bruns (16) lässt wie erwähnt, für einzelne Fälle die Acne rosacea als Grundursache gelten, neigt aber für die Mehrzahl der Fälle der Ansicht Lassars (14) zu, dass oft eine erbliche Disposition (cf. oben) eine gewisse Rolle spielt. Nach Kaufmann (89) macht das Rhinophyma den Eindruck einer benignen, aus gefässreichem Bindegewebe und enorm vergrösserten, zystisch erweiterten Talgdrüsen bestehenden Neubildung, entstanden auf dem Boden der Acne rosacea.

G. Thibierge (93) bezeichnet das Rhinophyma synonym mit Acné hypertrophique, Couperose tuberculeuse, Acné éléphantiasique. Die Bezeichnung Acne hypertrophica für Rhinophyma ist überhaupt bei den französischen Autoren fast durchweg gebräuchlich.

Nach Trendelenburg (10) sind die Ursachen nicht in allen Fällen die gleichen. Er unterscheidet die entzündliche hyperplastische Weinnase, Fälle, die auf einer kongenitalen Anlage, wie Fibroma moluscum, an anderen Teilen des Gesichts beruhen, endlich solche, die als endemische Elephantiasis Arabum anzusprechen sind.

Dieser Autor bemerkt, dass Larrey in China neben Elephantiasis scroti nicht selten solche der Nase beobachtet hat.

Nach Bogrow und Pospelow (17) hat das Leiden mit Acne rosacea nichts gemein, vielmehr handelt es sich um eine Elephantiasis mollis mit Hyperplasie der Talgdrüsen.

Dohi (1) nimmt ätiologisch eine primäre Angioneurose an, die zunächst zur Hypersekretion und Hypertrophie der Talgdrüsen führt, weiter zu Zunahme des Bindegewebes, chronischem Ödem und Gefässerweiterung.

Solger (8) glaubt wie Dohi (1) ebenfalls an eine primäre Angioneurose und misst vor allem der vermehrten Blutzufuhr und der Blutüberfüllung durch Stagnation, Bedeutung bei. Auf den letzteren Umstand legt auch Wende (4) Gewicht.

Nach Unna (7) hat das Rhinophyma mit Akne nichts zu tun. Speziell ist dasselbe histologisch wie klinisch von der Acne hypertrophica abzugrenzen. Letztere erreicht nie die groteske Form, wie das Rhinophyma; ihr Volumen ist vielmehr minder bedeutend. Bei dem Rhinophyma ist die Hyperplasie der Haut eine diffuse gleichmässige, bei Acne hypertrophica tritt dieselbe perifollikulär auf und hat auch bei weiterer Ausbreitung ein unregelmässig tuberösen Charakter. Sie bildet sich durch Resorption der Zellmassen zurück und hinterlässt auf lange Zeit eine kollagenreiche derbe Kutis mit höckriger Oberfläche und den von interkurrenter Pustulation herrührenden, stark vertieften Narben. Das Rhinophyma dagegen hat, wie besonders Thibierge (93) betont, die Tendenz unbegrenzt zu persistieren und sich zu vergrössern, wenn keine Behandlung eintritt.

Das Rhinophyma geht nach Unna (7) vielmehr aus der Rosacea hervor, die ihrerseits zu den seborrhoischen Ekzemen gehört. Die Rosacea ist in 19 von 20 Fällen seborrhoischer Natur und selten eine einfache frostartige Angioneurose, welche letztere auch nie zu hypertrophischen Zuständen führt.

Die Rosacea ist charakterisiert, ausser einer zu leichter Schuppung führenden Parakeratose, vor allem durch Gefässerweiterung, welche

hier zu einer ganz ungewöhnlichen Stärke anwächst und dieselbe als solche kennzeichnet. An die einfache Rosacea kann sich nach langem Bestande fibröse Wucherung und Talgdrüsenhyperplasie anschliessen (Rhinophyma). Dies ist bedingt durch die permanente Überernährung der Kutis infolge der Hyperämie. Der Hauptunterschied der Rosacea von der Akne besteht, was die Vorgänge in der Kutis anlangt, darin, dass bei den seborrhoischen Prozessen nur sehr wenig Plasmazellen und ausser diesen weiterhin keine Chorioplaxen und Riesenzellen gebildet werden, während diese Zellform jede länger bestehende Akne in grossen Mengen begleiten. Die Acne tuberosa ist ein typisches Granulom, die hypertrophische Rosacea nicht.

Blöbaum (20) sieht das Leiden als aus Acne seborrhoica rosacea entstanden an.

Nach Neisser und Jadassohn (103) ist der als Rosacea bezeichnete Zustand oft eine vollständig unkomplizierte, ganz auf die Gefässe beschränkte, Stauungshyperämie mit Phlebektasien. Oft ist er aber mit entzündlichen Zuständen, Ekzem, Akne, Lupus erythematodes, hypertrophischen Bindegewebswucherungen (Rhinophyma) oder Seborrhoe kombiniert.

Die Anschauung der Autoren über das Wesen des Rhinophymas sind also sehr different.

Aus den fast gleichlautenden histologischen Befunden, geht jedenfalls das eine hervor, dass wir es beim Rhinophyma nicht mit einer Neubildung, im eigentlichen Sinne, zu tun haben, deswegen sind die Bezeichnungen Zysto-Adeno-Fibrom bezw. Adenom besser zu vermeiden. Namentlich die letztere Bezeichnung ist absolut zu vermeiden. Denn, wie ich oben ausführte, betont besonders Solger (8), dass beim Rhinophyma die neugebildeten Drüsenläppchen vollständig dem Muttergewebe gleichen und ihre Funktion erhalten bleibt. Beides, besonders aber das letztere ist beim typischen Adenom nicht der Fall und speziell gilt das für die drüsigen Anhänge der Haut (Barlow [69]).

Die Bezeichnung des Rhinophymas als Adenom schliesst weiterhin nicht aus, dass dasselbe einen bösartigen Charakter annehmen kann, was tatsächlich bisher nicht beobachtet ist. Vielmehr handelt es sich beim Rhinophyma wohl um eine entzündliche Hypertrophie und Hyperplasie des Bindegewebes und der Drüsen.

Die Grundursache desselben ist wohl in der Mehrzahl der Fälle die durch die Rosacea gegebene venöse Hyperämie. Ist es doch bekannt, dass entzündliche Prozesse sich häufig auf den Boden einer venösen Hyperämie entwickeln. Nachdem letztere kürzere oder längere Zeit bestanden hat, werden am Gewebe, welche sich bis

dahin völlig passiv verhalten hatte, aktive Erscheinungen bemerkbar, vor allem Produktion neuen Gewebes und exsudative Prozesse.

Wahrscheinlich wirken beim Rhinophyma zur Entstehung der ausgedehnteren Form neben Persistieren oder Steigerung der Stauungsursachen, lokale Momente mit, wie sie z. B. durch vielen Aufenthalt im Freien und anderes (siehe unten) gegeben sind. Für die sich namentlich besonders, durch Drüsenhyperplasie charakterisierenden Formen, mag eine Disposition gegeben sein, bei Leuten mit weiten Poren, wie Lassar (14) das annimmt.

Dass das Rhinophyma in der Tat ein chronisch entzündlicher Prozess ist, dafür sprechen die häufig in den Infiltraten gefundenen Plasma- und Mastzellen, Zellarten, die überall da sich vorfinden, wo entzündliche Prozesse im Spiele sind.

Auch meinen, unten zu beschreibenden Fall, möchte ich als entzündliche Hyperplasie und Hypertrophie der Drüsen und des Bindegewebes im Korium auffassen.

Auch von der Elephantiasis Arabum ist das Rhinophyma zu trennen. Beim Rhinophyma ist der Hauptsitz der pathologischen Veränderung das Korium. Bei der Elephantiasis wesentlich das Unterhautzellgewebe, wie das aus den Fällen von Elephantiasis der Nase, die Aron (72) zusammengestellt hat, hervorgeht. Bei der Elephantiasis partizipiert weiter nicht nur das Bindegewebe der Haut und das Unterhautzellgewebe am krankhaften Prozess, sondern auch die Gefässe (Blut- und vor allem Lymphgefässe), die unter der Haut liegenden Muskeln, Nerven, ja Knochen.

Beim Rhinophyma ist der Knochen in typischen Fällen stets intakt, während er bei der Elephantiasis Arabum speziell auch der Nase in Mitleidenschaft gezogen werden kann (Schuster [104]).

Eine häufige, wenn auch nicht ausschliessliche Ursache der Elephantiasis ist das Erysipel. Letztere Ätiologie fehlt beim Rhinophyma bisher. Klinisch ist das Rhinophyma in typischen Fällen charakterisiert durch die mit den sonstigen Veränderungen der Haut einhergehenden Gefässerweiterung. Letztere kann gelegentlich fehlen und das Rhinophyma, wie v. Hebra (22) betont, ausnahmsweise vielleicht einmal ein ähnliches Bild ergeben, wie die Elephantiasis, also eine glatte gleichmässige Oberfläche und keine ektatischen Gefässe. Darin liegt jedoch ein wesentlicher Unterschied, dass das Rhinophyma nicht bei jugendlichen Individuen beobachtet wird. Das reifere Alter, um die 50 herum, ist es, in welchem die Erscheinungen auftreten.

Die Diagnose des Rhinophymas dürfte kaum Schwierigkeiten begegnen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht zunächst Lupus, Lues und Lepra.

Hiervon sagt Thibierge (93) folgendes:

Der Lupus vulgaris hypertrophicus kann einen ähnlichen Sitz haben, aber seine lange Dauer, das Auftreten im jugendlichen Alter, die viel weichere Konsistenz der Veränderungen, die Gegenwart von gelbroten Flecken in der Farbe von Apfelgelee erlauben ihn als solchen zu erkennen.

Die hypertrophischen, tuberkulösen Syphilide haben eine verschiedenartige Verteilung, sie verteilen sich nicht gleichmässig. Ihre Umrisse sind oft abgerundet. Ihre Farbe ist gelblich, man kann an einzelnen Stellen an ihnen Narben finden, welche der Evolution älterer Veränderungen entsprechen.

Die Veränderungen bei der tuberkulösen Lepra sind immer mehr zerstreut, als bei der hypertrophischen Akne. Sie haben eine speziell gelbliche Färbung. Ihre Oberfläche ist anästhetisch, in zweifelhaften Fällen wird die Untersuchung auf Hansensche Bazillen die Diagnose sichern.

Endlich kommen Rhinoklerom und Karzinom in Betracht.

Von ersteren lässt das Rhinophyma sich leicht unterscheiden, wenn man die charakteristischen Veränderungen in den oberen Luftwegen in Betracht zieht. Auch ein Karzinom lässt sich seiner ganzen Entwickelung und Beschaffenheit nach, ohne Schwierigkeit vom Rhinophyma differenzieren, eventuell unter Zuhilfenahme des Mikroskops. Krieger (97) berichtet über einen Fall von Ösophaguskarzinom, bei dem sich ein Tumor an der Nase entwickelte, der einem Rhinophyma sehr ähnlich war. (Mikroskopisch Karzinom, subepidermoidale Metastase.)

Das Rhinophyma kommt fast nur bei Männern (Pottgiesser [32]) im höheren Lebensalter (Mitte der 40 bis 70) vor. Indessen sind auch einige Fälle bekannt, wo dasselbe sich bei Frauen zeigte (Pollock [10], Lassar [14], Klaussner [92]), während ein Fall von Syme, den Trendelenburg (10) anführt, von Rusch (2) nicht zum Rhinophyma gerechnet wird, da es sich dabei um ein 18-jähriges Mädchen handelte, und auch die innerhalb einiger Jahre erfolgte Vergrösserung der Nase in Form kugeliger Anschwellung nicht nur die Haut, sondern sämtliche Gebilde der Nase betraf, endlich da die bessernde Operation in bis durch den Knorpel reichenden Keilexzisionen bestanden hatte.

Die Entwickelung des Leidens ist eine überaus langsame. Meist liegen ein bis drei Jahrzehnte seit Beginn desselben zurück. Es sind jedoch auch Fälle bekannt, wo sich das Rhinophyma innerhalb eines Zeitraumes von 4 Jahren entwickelt hatte. Zu Anfang entwickeln sich die Protuberanzen langsam, sodann folgt ein rascheres

und intensiveres Wachstum — nach Angabe mancher Patienten soll ein Trauma hierzu Veranlassung gegeben haben — bis die Intumeszenz eine gewisse Grösse erreicht hat, auf der sie sich dann jahrelang konstant erhält.

Was die Ätiologie des Leidens anlangt, so stehen sich, wie das aus meinen Ausführungen schon hervorgeht, im wesentlichen zwei Ansichten gegenüber. Die eine Gruppe der Autoren hält das Rhinophyma für den höchsten Grad, das Endstadium der Acne rosacea. Bei dieser Auffassung werden alle Momente für die Entstehung des Rhinophymas in Betracht kommen, welche auch für die Rosazea massgebend sind. Da steht in erster Linie als ätiologischer Faktor Alkoholmissbrauch.

Ollier (v. Bruns [16]) bezeichnet das Leiden sogar als Elephantiasis des buveurs. Nach seiner Ansicht wirkt speziell Rotwein prädisponierend. Kaposi (9) schliesst sogar aus der Farbe der Nase auf die Qualität der genossenen schädigenden Getränke. So zeigen nach diesem Autor Weintrinker meist lebhaft rote Knoten, Biertrinker mehr zyanotisches Rhinophyma, Branntweintrinker vorwiegend dunkelblaue und glatte Nasenhaut, neben sonst geschmeidiger pannikulusreicher Haut.

Sicher handelt es sich in einer grossen Reihe von Fällen dieses Leidens um Protatoren.

Henry W. Stelwagon (105) erwähnt ausser Alkohol noch Missbrauch von Kaffee, Tee, Tabak.

Weiter werden als Ursache chronische Magen-Darm-Katarrhe genannt, die aber häufiger Folge des Alkoholismus als Ursache für das Rhinophyma sein dürften.

Es sollen ferner bestimmte Berufsarten, die viel den Witterungseinflüssen, Wind und Wetter, ausgesetzt sind, zu der Erkrankung neigen: Kutscher, Dienstmänner, Höckerinnen, Bahnbeamte, Seeleute, auch wiederum zum Teil Leute, bei denen der Alkoholmissbrauch nichts Seltenes ist.

Rille (13) erwähnt übertriebene Kaltwasserkuren bei schwächlichen Personen als Ursache für Acne rosacea, aus der sich dann das Rhinophyma entwickelt, ebenso Hebra (12).

Schwache Zirkulation, Debilität, gichtische Krankheitsanlage erwähnt Stelwagon (105).

Nicht unerwähnt mag ein von Radcliffe-Crocker (51) beobachteter Fall bleiben, in dem sich bei einem trunksüchtigen Kutscher ein Rhinophyma im Anschluss an einem Hufschlag entwickelte.

Endlich kommen auch lokale Ursachen in Betracht. Hierher gehören primäre Affektionen der Nasen- und Rachenhöhle (Thibierge [93],

Neisser und Jadassohn [103]). Ferner Akne, Ekzem, Lupus erythematodes, Seborrhoe (Neisser und Jadassohn [103]).

Eine andere Gruppe von Autoren betont, dass eine grosse Anzahl von Fällen nicht auf dem Boden der Acne rosacea entstanden sei. Eher könne kongenitale Anlage, Vererbung in Betracht kommen (v. Bruns [16], Lassar [14], Lesser [21], Trendelenburg [10]), letzterer für bestimmte Fälle. Fabry (96) beobachtete bei der verheirateten Schwester eines seiner Patienten das gleiche Leiden.

Die Verfechter der Vererbungstheorie machen darauf aufmerksam, dass in vielen ihrer Fälle Alkoholismus mit Sicherheit auszuschliessen sei. So waren von 11 Fällen von v. Bruns (16) nur zwei Trinker, und Trendelenburg (10) operierte einen 63jährigen, durchaus nüchternen Herrn. Weitere Beobachtungen bei mässig lebenden Individuen machte Hutin und Pollock (zit. nach Rusch [2]). Auch H. v. Hebra (22) stellt fest, dass das Rhinophyma mindestens ebenso häufig bei Nicht-Alkoholikern ist. Wende (4) sagt, dass es auffallend sei, dass es zwar sehr viele Trinker, aber wenig Rhinophymafälle gibt. In manchen Fällen ist ein ätiologisches Moment nicht aufzufinden, manchmal mögen mehrere in Betracht kommende zusammenwirken.

Mein Patient ist 67 Jahre alt, er wünscht wegen der Entstellung von seinem Leiden befreit zu werden. Die äussere Nase bietet das typische Bild des Rhinophyma, wie aus der beigegebenen Abbildung (Tafel VII) zu ersehen ist. Die Affektion hält sich im Gegensatz zu sonst wiedergegebenen Fällen in mässigen Grenzen.

Die Farbe der erkrankten Partien ist blaurot, ihre Oberfläche ist glatt und glänzend, versehen mit zahlreichen weiten Poren, aus denen sich Talgpfröpfe entleeren und mit geschlängelten, erweiterten Gefässen. Die Konsistenz ist weich. Die Wangen zeigen ebenfalls einen leicht bläulichroten Ton und zahlreiche Gefässerweiterungen. Verdickung der Haut und sonstige Veränderungen derselben besteht weder an den Wangen noch an der Stirn. In der Nase besteht ein schleimig-eitriger Katarrh, die vermehrte Sekretion und die häufige Verstopfung der Nase machen dem Patienten Beschwerden. Der Katarrh besteht seit 20 Jahren. Patient ist als Getreidehändler viel unterwegs, sehr Witterungseinflüssen ausgesetzt, dem Alkohol niemals abhold gewesen und starker Raucher. Seit 20 Jahren leidet er vielfach an Magen-Darm-Störungen. Letztere, der Alkohol und der viele Aufenthalt im Freien mögen die Ursache seines Leidens sein. Dazu kommt der seit langem bestehende Nasenkatarrh, der ja nicht unwesentlich bei Hauterkrankungen der äusseren Nase eine Rolle spielt.

Aufgefallen ist ihm sein Leiden angeblich erst seit zwei Jahren. Eine rote Nase hat Patient jedoch seit langer Zeit. Die Verdickung begann an der Nasenspitze, dazu gesellten sich weitere Verdickungen am Nasenflügel, erst rechts, dann links. Gegen sein Leiden wurde ihm von seinen Freunden „Leipziger Gose“ empfohlen. Patient hat aber davon nur Nachteil gesehen.

Was den histologischen Befund in meinem Fall anlangt, so ist, wie das beigegebene Präparat Tafel VI Fig. 1 demonstriert, der Sitz des pathologischen Prozesses das Korium. Das ergibt sich aus der Abflachung der Papillen und der Verschiebung der Talgdrüsen nach oben, während die Schweissdrüsen und das Fettgewebe nach unten verschoben sind. Die Verschiebung ist bedingt durch die starke Hypertrophie des Bindegewebes im Korium. Daneben findet sich starke Hypertrophie der Talgdrüsen mit Hyperplasie der Drüsenstruktur. Eine wesentliche Vermehrung der Zahl der Drüsen und der Azini ist nicht zu konstatieren, ebenso keine Zystenbildung. Es scheint vielmehr die Vermehrung des Bindegewebes das hervorstechende Moment des krankhaften Prozesses zu sein. Danach ist die Massenzunahme der Nasenhaut bedingt durch Hypertrophie des Bindegewebes.

Um die hypertrophischen Drüsen und im Bindegewebe (herd- und strichförmig) findet sich kleinzellige Infiltration. In den Infiltraten, besonders in der Peripherie derselben, finden sich grobkörnige Mastzellen, weniger feinkörnige, ferner vereinzelte Plasmazellen. Riesenzellen sind nur ausserordentlich selten zu finden.

Weiter fallen in der erkrankten Zone die stark erweiterten und wohl auch an Zahl vermehrten Blutgefässe auf. Die Blutgefässe bilden stellenweis grosse sinuöse Räume (im Präparat nicht sichtbar). Im hypertrophischen Gewebe und bis ins Epithel hinein hier und da kleine Blutungen. Auch um die Blutgefässe herum kleinzellige Infiltration.

An einzelnen Stellen erweiterte Lymphräume.

Das Unterhautzellgewebe ist am pathologischen Prozess nicht beteiligt, ebenso nicht die Schweissdrüsen. Haare sind in meinen Präparaten nicht nachweisbar.

Die Epithelschicht ist in meinem Fall etwa um das Doppelte verbreitert. Bei stärkerer Vergrösserung erweisen sich in der Epidermis die Zellen des Stratum granulosum stärker gekörnelt als normal und stellenweise finden sich auch in der obersten Lage des Stratum germinativum noch gekörnte Zellen.

Die Untersuchung auf elastische Fasern an mit Unna-Taenzerschem Orzein gefärbten Präparaten ergibt nur spärliche Reste davon

und zwar fast nur noch unter dem Epithel, während im Unterhautzellgewebe das elastische Gewebe den Verhältnissen am normalen Präparat entspricht, ein weiterer Beweis, dass das Unterhautzellgewebe nicht am pathologischen Prozess teilnimmt.

Die Abbildung Tafel VI Fig. 2 stellt ein normales Präparat dar von ungefähr derselben Stelle wie Fig. 1.

Die histologischen Veränderungen und die Anamnese sprechen dafür, dass dieselben in meinem Fall auf der Basis einer Rosazea entstanden sind.

Die Prognose des Rhinophyma ist eine in jeder Beziehung günstige. Selbst wenn der Prozess sich selbst überlassen bleibt, führt er nie zu etwas anderem als zu sozialer Schädigung.

Ein Übergang des Rhinophymas in eine bösartige Neubildung ist bisher nicht beobachtet worden, auch ein geschwüriger Zerfall ist nicht bekannt.

Es sind für den letzteren aber auch beim Rhinophyma die Aussichten gering, weil bei demselben sich im Anschluss an den vorhandenen Blutreichtum endlose Ramifikationen und kollaterale Verbindungen auszubilden pflegen, welche eine ausreichende Ernährung der erkrankten Partien zu gewährleisten geeignet sind.

Dass es einer zweckmässigen Therapie gelingt, das Leiden mit günstigem kosmetischen Resultat zu beseitigen, wird im folgenden auseinander gesetzt werden.

Ehe ich zur Behandlung übergehe, möchte ich die von v. Hebra (12) S. 541 berichtete Tatsache erwähnen, dass schon entwickelte Knollen sich allmählich entweder durch Resorption involvieren oder durch Selbstobliteration der Blut zuführenden Gefässe und folgeweiser mangelnder Ernährung oberflächlich gangränesieren und abfallen können.

Mit dieser Tatsache wird man aber wohl nur bei geringen Graden der Affektion und bei operationsscheuen Patienten rechnen dürfen, während bei stärkeren man wohl immer an eine Behandlung herangehen wird, zumal die Entstellung in solchen Fällen dem Patienten dies wird wünschenswert erscheinen lassen.

Praktisch hat aber die Beobachtung Hebras insofern vielleicht die Bedeutung, als man damit rechnen kann, dass etwa nach einer Behandlung noch zurückgebliebene Reste sich von selbst zurückbilden können.

In therapeutischer Hinsicht kommt in ausgesprochenen Fällen von Rhinophyma wohl nur die operative Behandlung in Betracht.

Ausser dieser könnte man in weniger exzessiven Fällen Elektrolyse (Hardaway [52], Brocq [53]) oder Skarifikationen anwenden.

Blöbaum (20) verwendet zur Behandlung leichter Fälle die galvanokaustische Stichlung, sonst die Dekortikation (s. u.). Nachbehandlung mit von v. Bardelebenscher Brandbinde, eventuell Dermatol, Heilung in 12 Tagen.

Bei stärkeren Graden ist, wie gesagt, die operative Abtragung der Tumoren solchen Massnahmen vorzuziehen, welche die kürzere Behandlungsdauer vor ihnen voraus hat.

Der erste, welcher eine Rhinophymaoperation vorgenommen hat, ist der Wittenberger Professor Daniel Senert (Hebra [12]) gewesen. Er erzählt von einem Manne aus der Gegend von Dresden, welcher sich 1629 einige Stücke seines ihn sogar beim Lesen behindernden umfangreichen Geruchsorganes abtragen lassen musste.

Im Anfang des 19. Jahrhunderts, wo man diese Nasentumoren allerdings im anderen Sinne als heute, als karzinomatös bezeichnete, sind dann von französischen Ärzten Rhinophymafälle operiert worden. Rusch (2) nennt als solche Operateure Besnier und Doyon (54), vor allem aber Civadier (55).

Von den operativen Massnahmen sind besonders häufig die Keilexzision und die sogenannte Dekortikation geübt worden.

Was die erstere Methode anlangt, so wird sich dieselbe verschieden gestalten, je nach den vorliegenden Verhältnissen. Das Grundprinzip ist bei allen Autoren (Dieffenbach [23], H. v. Hebra [22], Syme [18], Dupré (24), Ohmann Dumesnil [5], Tillmanns [19], Jungengel [25], v. Bruns [16], Kaposi [9], Weinlechner [3], Kromayer [26], Kirmisson [2], Sternberg-Gersuny [27], Dubreuilh [6]), die sich dieser Methode bedienten, dasselbe, die Exzision keilförmige Stücke aus der Nasenhaut, welche die erkrankten Partien enthielten. In manchen Fällen waren hierzu zwei Sitzungen nötig. Die entstehenden Wundränder wurden durch Naht vereinigt.

Von den angewandten Verfahren will ich nur zwei erwähnen, das von Dieffenbach (23) und das von v. Bruns (16).

Dieffenbach, der Meister der plastischen Operationskunst, durchschneidet das Septum dicht an der Nasenspitze, führt vom oberen Teil des Rückens nach abwärts an jeder Seite einen durchdringenden Schnitt, wodurch ein Keilstück abgetrennt wird. Aus jedem Flügel wird noch ein Querkeil genommen. Die Wundränder der kreuzförmigen Wunde werden durch Insektennadeln vereinigt. Das Septum wird mit dem verwundeten Teil der Nasenspitze verbunden. Dieffenbach rät, wegen der hämorrhoidalischen Ablagerungen auf der Nase vorher eine allgemeine auflösende und abführende Behandlung einzuleiten, anderenfalls leicht auf den operativen Eingriff Erblinden folgen könne. Nach einer Bemerkung von v. Es-

march und Kulenkampff (57) ist Dieffenbachs Fall eines 50-jährigen Weintrinkers mit zwei faustgrossen, knolligen Geschwülsten abgebildet bei H. E. Fritze und O. F. G. Reich (58).

v. Bruns (16) führt die Operation mit Vorliebe so aus, dass er aus dem Nasenrücken und der Nasenspitze eine senkrechte Ellipse exzidiert und eine quere aus je einem Nasenflügel, wobei der untere Schnitt dicht am Rande des Nasenloches geführt wird, indem man auf diese Weise der Nase eine beliebige Form geben und die Blutung durch die Naht stillen kann.

Was den therapeutischen Wert anlangt, so hat die Methode vor allem den Vorzug kurzer Behandlungsdauer (in 4—6 Tagen Heilung).

Von Rezidiven sind nur wenige Fälle beschrieben (Sternberg-Gersuny [27] und Dubreuilh [6]) und bei diesen ist die Vermutung gerechtfertigt, dass die Exzision nicht ausgiebig genug vorgenommen wurde. Fabry (96) sah zwei mit Keilexzision behandelte Fälle nach 5 1/2 Jahren bezw. nach Jahren rezidivfrei.

Die Keilexzision passt nur für die gelappten Wucherungen, wärend bei Fällen mit einer mehr gleichmässigen Verdickung die Dekortikation, auf die ich sogleich eingehen werde, vorzuziehen ist. Die gelappten Wucherungen müssen aber vollständig entfernt werden, partielle Entfernung führt zu Rezidiven. Der kosmetische Erfolg ist ein zufriedenstellender, zwar Kromayer (26) führt entstellende Narbenbildung an der Nahtstelle an.

Die Dekortikation von Ollier (62) so genannt, wurde bereits 1864 von Stromayer (28) beschrieben. 1851 heilte v. Langenbeck (10) einen älteren, mit einer bis auf die Oberlippe herabhängenden, umfangreichen Geschwulst behafteten Mann mittelst Abschälung derselben vom knorpeligen Nasengerüst.

Die Dekortikation (v. Bruns [16], Billroth [29], Weinlechner [33], Sick [30], Romme [31], Lassar [14], Bogrow [17], F. v. Hebra [59], H. v. Hebra [22], Dubreuilh [6], Fabry-Pottgiesser [32], P. Berger [68], Anger, Routier, Rusch [2]) wird nach v. Bruns (16) — Stromayer (28) verfährt fast ebenso — in der Weise vorgenommen, dass mit scharfem Messer die ganze Nasenhaut abgeschält und eine neue Nasenform möglichst gleichmässig gebildet wird, während ein in das betreffende Nasenloch eingeführter Finger der linken Hand beständig die Dicke der Nasenwand kontrolliert, da die Haut nicht bis auf das Perichondrium abgetragen, sondern die tiefe Hautschicht zurückgelassen werden soll, damit sich von der Epithelauskleidung der tieferen Teile der Talgdrüsen aus die Haut regenerieren kann.

Einzelne Autoren, so Pozzi (65), Kromayer (26), schliessen an die Dekortikation die Transplantation von Epidermisläppchen an, während Lucas Championnière (66) und P. Berger (67) sie auf exzeptionell weiche Geschwulstformen mit gleichzeitiger Erweichung der Knorpel beschränkt wissen wollen. Sternberg-Gersuny (27) entfernen, aus Furcht vor Rezidiven, die erkrankte Haut bis auf den Knorpel, worauf sie wie Kromayer (26) Transplantation nach Thiersch folgen lassen. Dieselben sahen nach der Operation auch die Veränderungen an der erkrankten Nachbarschaft (die Rosazea des übrigen Gesichts) zurückgehen, was übrigens auch nach der einfachen Dekortikation beobachtet worden ist (Weinlechner [13]).

Sehr wichtig ist nach Gütig (94) die Belassung eines schmalen Saumes am Nasenrand und an der Nasenspitze und Deckung der bis auf das Perichondrium abgeschälten Nase mit Epidermisläppchen, welche den abgetragenen Geschwülsten selbst entstammen (s. hierzu auch Gersuny [95]).

Ein Nachteil der Dekortikation ist die langsame Heilung, 14 Tage bis 4 Wochen.

Diese langsame Heilung kann vielleicht durch nachfolgende Transplantation abgekürzt werden, vorausgesetzt, dass die Läppchen anheilen, was am ehestens bei der radikalen Operationsmethode nach Sternberg-Gersuny (27) der Fall sein dürfte, während bei der Methode Kromayers (26), wo ja Talgdrüsenreste mit infektiösem Inhalt zurückbleiben, sich unter den angeheilten Läppchen, kleine Abszesse, Retentionszysten, die aus den Talgdrüsenresten entstehen, bilden können, wie das Kromayer (26) tatsächlich beobachtet hat.

Indessen sind die Autoren, welche die einfache Dekortikation ohne Transplantation üben, der Ansicht, dass die Überhäutung der geschaffenen Wundfläche aus den stehengebliebenen Talgdrüsenresten sich rasch genug vollzieht, so dass das Verfahren Kromayers (26) überflüssig erscheint, ja es kann, wenn der oben erwähnte Übelstand eintritt, nicht nur die Heilung verzögert, sondern durch nachfolgende störende Narbenbildung das kosmetische Resultat beeinträchtigt werden.

Störende Narbenbildung kann natürlich auch bei dem Verfahren Sternberg-Gersuny (27) den kosmetischen Erfolg in Frage stellen, wenn einige Läppchen nekrotisch werden. Aber auch im günstigsten Fall ist der kosmetische Effekt in Fällen nachfolgender Transplantation kein hervorragender, da die neugebildete Haut der Poren entbehrt und einen glatten fremdartigen Eindruck macht (v. Bruns [16], Weinlechner [33]).

Ein weiterer Nachteil der sofortigen Transplantation besteht ferner darin, dass sie wegen der unumgänglich notwendigen exakten Blutstillung die Operationszeit sehr verlängert.

Wie leicht und schnell die Epidermis nach der Dekortikation sich regeneriert, erhärtet, ausser einem Fall, auf den ich unten zurückkomme, (Lassar [61]) und in dem die Überhäutung sich in 10 Tagen vollzog, noch ein weiterer dieses Autors (60). Bei dem Kranken, der wegen eines interkurrenten Leidens drei Monate hindurch in einem anderen Spital untergebracht werden musste, und dessen Operationswunde an der Nase nicht in geeigneter Weise nachbehandelt werden konnte, war, trotzdem er nur einen einzigen Jodoformschutzverband erhalten, das Resultat ein völlig zufriedenstellendes.

Geht etwa die Epithelisierung in einem Falle nicht rasch genug von statten, weil etwa in einzelnen Stellen bei der Operation die Talgdrüsen vollständig mitentfernt wurden, so kann man dann immer noch mit Transplantation nachhelfen.

Fabry (96) bedeckt nach Stillung der Blutung die Wundfläche mit Salizylquecksilberpflaster (Baiersdorf), um nekrotische Gewebsfetzen abzustossen, mehrere Tage hindurch. Nach Erscheinen frischer roter Granulationen Salbenbehandlung täglich (Schwefelsalizyl oder Bor), vorher werden die Granulationen jedesmal gründlich mit dem Stift bearbeitet. Die Epithelisierung der Wundfläche geht unter dieser Behandlung vom Rande und vom Epithel der Talgdrüsen prompt vor sich.

Sick (98) verbindet mit Jodoformgaze und Heftpflaster und behandelt hinterher die neue überhäutete Nase mit 50% Resorzinpaste, um eine glatte und normal aussehende Haut hervorzubringen. Die Behandlungsdauer bei beiden Autoren schwankt zwischen 3 und 6 Wochen.

Im allgemeinen sind die Autoren, welche die einfache Dekortikation anwandten, mit den kosmetischen Erfolgen der Operation sehr zufrieden. Indessen beschreibt Billroth (29) drei Fälle, wo die Nasenflügel durch Narbenzusammenziehung gehoben und die Nasenöffnungen erweitert wurden, eine Folge, die bei der radikalen Operationsmethode Sternberg-Gersuny (27) vermieden wird.

Rezidive sind weder bei der einfachen Dekortikation noch bei der radikalen Methode beobachtet worden. Lassar (14) konnte einen 7 Jahre zuvor operierten Fall völlig rezidivfrei vorstellen. Sick (98) sah nach 6 Jahren kein Rezidiv, Fabry (96) nach 3, 4, 8, 10 Jahren. Über die Indikation zur Dekortikation sprach ich oben.

Lassar (61) trug in einem seiner Fälle die kartoffel- und trüffelgrossen Tumoren an den Nasenflügeln und der Nasenspitze mit der galvanokaustischen Glühschlinge ab, den Rest, mit dem Messer, wobei er nur so viel Bindegewebe auf dem Nasenknorpel zurückliess,

um eine neue Nase zu modellieren. Die Überhäutung vollzog sich wie erwähnt, innerhalb 10 Tagen unter Jodoformschorfverband und es wurde durch Niederhaltung der Granulationen ein sehr günstiges kosmetisches Resultat erzielt.

Bei einem anderen 1904 operierten Manne transplantierte er nach der Abschälung nach Thiersch. Die Läppchen gelangten zur Anheilung, nur die Nasenspitze kam durch Epithelwucherung vom Rande her zur Überhäutung.

Blöbaum (20) verwendet zur Dekortikation statt des Messers, die Glühschlinge und das galvanokaustische Messer, einmal, weil dadurch die profuse Blutung vermieden wird, sodann, weil er glaubt, dass auf diese Weise alle erkrankten Hautpartien radikaler entfernt werden können, da man auch die weniger verdickten Hautstellen durch Stichelung behandeln kann. Zur Beseitigung von Unebenheiten bedient sich Blöbaum des Flachbrenners.

Das kosmetische Resultat ist, nach den Abbildungen zu urteilen, ein günstiges. Ein Nachteil ist sicher der Umstand, dass eine grosse Reihe von Sitzungen nötig wird, die ganze Kur nimmt 4 Wochen in Anspruch.

Endlich ist die subkutane Exstirpation der erkrankten Massen empfohlen worden (Weinlechner [3], Braun [34]).

Weinlechner (3) führt einen umgekehrt „Y"förmigen Schnitt. präpariert von da aus die Haut los, exstirpiert das darunter liegende, wuchernde Gewebe und vernäht die Hautränder.

Braun (34) bedient sich eines Schnittes, der vom Ansatz des einen Nasenflügels quer über die Nasenspitze zum Ansatz des anderen herüberführt. Diesem Querschnitt wurde ein kleiner Längsschnitt, in der Mitte des Nasenrückens, hinzugefügt. Es entstehen so drei Lappen mit breiter Basis, ganz besonders auch des unteren. Die Lappen werden zurückpräpariert, das subkutane Gewebe durch starke Messerzüge bis auf den Knorpel abgeschält und die Lappen durch Naht miteinander vereinigt.

Weinlechner (3) sah öfter Nekrose der Hautlappen und entstellende Narbenbildung, was verständlich ist, wenn man bedenkt, dass, da gerade an der Nasenspitze die hypertrophischen Massen zu sitzen pflegen, der untere Lappen der seine Basis an der Nasenspitze hat, leicht zu lang ausfallen und eine zu schmale Basis erhalten kann.

Der letztere Übelstand entfällt bei der Methode Brauns (34).

Das Verfahren hat sich diesem Autor in zwei Fällen durchaus bewährt, wohingegen Weinlechner (3) seine Methode wieder verlassen hat und zur Dekortikation zurückgekehrt ist.

Noch stehengebliebene Wucherungen an der Nase, die von der Operation nicht berührt wurden, und ebenso solche an der Wange, brachte Braun mit dem spitzen Thermokauter zur Schrumpfung, indem derselbe in Abständen von ca. 1/2 cm überall bis auf den Nasenknorpel eingestochen wurde. Es wird demnach nicht abgewartet, ob die noch zurückgebliebenen Veränderungen von selbst zurückgehen, sondern diese werden planmässig mitbehandelt.

Die Heilung der durch die Operation gesetzten Wunden erfolgte in beiden Fällen in 8 Tagen, die Heilung nach den galvanokaustischen Eingriffen war in dem einen Fall nach 14 Tagen beendet, im anderen dauerte sie länger, wegen eines interkurrenten Erysipels.

Das kosmetische Resultat in beiden Fällen ist, wie die Abbildungen zeigen, gut. Bei beiden hielten sich die Veränderungen immerhin noch in mässigen Grenzen. Über die Rezidive lässt sich nichts sagen, da der eine Patient 2 Jahre nach der Operation starb, bei dem anderen erst 1 Jahr zwischen Operation und Publikation lag.

Es erübrigt sich, noch einige Encheiresen zu erwähnen, die in der Therapie des Rhinophymas geübt wurden. So hat Levin (35) mehrere Fälle mit gutem Erfolg durch Auskratzen der Drüsen und Entfernung des Bindegewebes behandelt. Näheres über die Art des Verfahrens ist nicht mitgeteilt.

H. v. Hebra (22) entfernte einmal ein Rhinophyma durch elastische Ligatur. Es waren hierzu 14 Tage erforderlich und der Patient wurde sehr durch den üblen Geruch der Nekrose belästigt.

A. Guérin (Trendelenburg [10]) empfiehlt die Geschwulst mit Ätzpfeilen aus Chlorzink zu behandeln.

Hardy (ebenda) will sie durch. Ignipunktur mit dem Paquelin zerstören.

Assfalg (99) erreichte in einem zur Zeit der Publikation noch in Behandlung befindlichen Fall von Rhinophyma mit starker Verdickung beider Nasenflügel, in 7 Sitzungen bedeutende Verkleinerung dieser durch Anwendung von Quecksilberlicht (Schottsche Uviollampe).

J. Snowmann (100) berichtet über ein entschieden günstiges Resultat durch Behandlung mit Fibrolysin.

Thibierge (93) empfiehlt für geringe Grade des Leidens (Rosacea mit mässiger Verdickung der Haut) Schwefelwaschungen (Lotions souffrées), die auch noch in ausgesprochenen Fällen fast immer eine sehr beträchtliche Reduktion des Leidens bewirken. Solche Waschungen sind auch empfehlenswert als Vorbereitung für die chirurgische Therapie und werden zweckmässig auch nach derselben angewandt, um Rezidive zu verhüten.

Braun hat im zweiten seiner Fälle die Operation in Lokalanästhesie (Kokain-Suprarenin) (36) ausgeführt. Es trat vollständige Anästhesie der Nase ein und das zugesetzte Suprarenin bewirkte, dass die Operation fast ohne Blutung ausgeführt werden konnte.

So dürfte man am besten an allen einschlägigen Fällen vorgehen. Eine allgemeine Narkose wird schon durch den Sitz des Operationsfeldes erschwert, abgesehen davon, dass man es bei dieser Erkrankung vielfach mit Potatoren zu tun hat.

Auch schon von anderen Autoren ist die Lokalanästhesie angewandt worden (Péraire und Pilliet [15], Weinlechner [3], Bogrow [17], Rusch [2], Fabry [96]).

Durch den Zusatz von Suprarenin wird, wie ich das durch meinen eigenen Fall bestätigen kann, die Operation sehr erleichtert. Alle Autoren erwähnen als recht störend die Blutung aus dem gefässreichen Gewebe. Dieser Umstand macht sich besonders bei der Dekortikation geltend, wo gerade ein übersichtliches Operationsterrain wünschenswert ist, um der Nase eine gute Form zu geben. Nicht minder störend ist die Blutung, wenn man nachher transplantieren will. Um die lästige Blutung zu vermeiden, haben einzelne Autoren, so, wie schon erwähnt, Blöbaum (20), ferner Ollier (62), Baudon (37), Dubrenilh (6), Verneuil und Lucas Championnière (63), sich des Thermokauters oder galvanokaustischer Instrumente bedient. Nach Ollier (62) ist das Glüheisen dem Messer deswegen vorzuziehen, weil hierdurch etwaigen komplikatorischen Erysipelen von vornherein vorgebeugt sei.

Es ist aber doch wohl die Operation mit dem Messer besser, weil sich dieselbe damit schneller, sicherer, eleganter ausführen lässt. Andere Autoren, v. Bruns (16), Dupré (24), Romme (31), Pottgiesser (32), Rille (2), Le Dentu (69) verwenden nach der Operation mit dem Messer zur Blutstillung den Thermokauter — was natürlich die schnelle Heilung nicht begünstigt — oder Kompression, Stromayer (28), Kaposi (9), Pantolini (38), oder Unterbindung, Umstechung, Kompression, Trendelenburg (10) oder endlich die äussere Applikation von Adrenalinlösung, Bogrow (17), Sick (98). Fabry (96) empfiehlt häufiges Wechseln von Eiswasserkompressen, eventuell greift er zum Flachbrenner.

Ich operierte meinen oben beschriebenen Fall nach der Methode Brauns, genau dessen Vorschrift folgend auch hinsichtlich der Anästhesie. Da sich bei der Operation im wesentlichen alles Kranke erreichen liess, wurde von einer galvanokaustischen Stichelung abgesehen, überdies lehnte der Patient einen derartigen Vorschlag ab,

sehr zufrieden mit dem erreichten Resultat. Dass das kosmetische Resultat günstig ist, zeigt das beigegebene Bild (Tafel VII).

Patient wurde 5 Tage in der Klinik behalten, am 3. bzw. 4. Tage wurden die Nähte entfernt. Es war Heilung eingetreten. Ob ein Rezidiv sich einstellen wird, bleibt abzuwarten, da immerhin am linken Nasenflügel ein kleiner Rest zurückblieb. Die Zeit zur Beurteilung, in bezug hierauf, ist noch zu kurz. Trotzdem habe ich den Fall schon jetzt — es sind 12 Monate[1]) seit der Operation verflossen — publiziert, weil ich von der Eleganz, mit der sich die Operation ausführen liess, der schnellen Heilung und dem guten kosmetischen Resultat überrascht war.

Ich kann die Methode Brauns, in bezug hierauf, nur warm empfehlen, allerdings dürfte sie sich auch nur für bestimmte Fälle eignen, so wie es z. B. der meine war, während bei einzelnen Tumoren die Keilexzision, bei mehr allgemeiner Verdickung die Dekortikation in Betracht zu ziehen sein wird.

Jedenfalls muss sich die Operation jedem einzelnen Fall anpassen. Immer wird man darnach streben, in einer Sitzung alles Kranke zu entfernen und eine galvanokaustische Nachbehandlung zu vermeiden. Denn ganz unsichtbar dürften die Narben nach den galvanokaustischen Stichelungen kaum bleiben.

Ich halte es auch für sehr wesentlich, in bezug auf nachfolgende Rezidive, auffindbare ursächliche Momente des Leidens zu beachten.

Meinem Patienten habe ich das Nasencavum behandelt, ich habe ihm Mässigkeit anempfohlen und für die Regulierung der Magen-Darmtätigkeit Sorge getragen.

Anmerkung bei der Korrektur: Körner gibt in seinem soeben erschienenen Lehrbuch ein vorzügliches Bild vom Rhinophyma (Fig. 45) und bemerkt dazu: Unter den Tumoren ist ein einziger der äusseren Nasenhaut eigentümlich: das Rhinophyma. Es besteht in einer einfachen zirkumskripten Hypertrophie, an der alle Hautelemente, die Drüsen, die Haarbälge und das Unterhautbindegewebe teilnehmen. Man trägt es mit dem Messer ab und deckt die Schnittfläche mittels Transplantationen nach Thiersch.

[1]) Ein Rezidiv ist bisher nicht eingetreten.

Literatur.

1. Dohi, Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1896. Bd. 37. S. 361.
2. Rusch, Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Wien. klin. Wochenschr. 1902. Nr. 13.
3. Weinlechner, K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung am 15. II. 1901. Ref. Wien. klin. Wochenschr. 1901. S. 195.
4. Wende, A case of rhinophyme. Buffalo Medical Journal 1895, August. Ref. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1896. S. 293.
5. Ohmann Dumesnil, Ref. Monatsschr. f. prakt. Dermat. 1892. Bd. 14. S. 118.
6. Dubreuilh, L'acné hypertrophique du nez et son traitment chirurgical. Annal. de Dermat. et de Syphilis. 1904. H. 4. Ref. Zentralbl. f. Chirurgie. 1904. S. 511.
7. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten in Orth, Spezielle path. Anatomie. 8. Lief. Ergänzungsbd. 2. Teil. Berlin 1894.
8. Solger, Über das Rhinophyma. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1901. Bd. 57. H. 2.
9. Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1893. 4. Aufl. und Eulenburgs Realenzyklopädie. 1895. Bd. 1.
10. Trendelenburg, Deutsche Chirurgie. Lief. 33. S. 77 ff. 1886.
11. Brian, s. Lexer in von Bergmanns Handbuch der prakt. Chirurgie. S. 529.
12. F. v. Hebra, Atlas der Hautkrankheiten, Heft 7, Tafel 6 und Virchows Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Bd. III. 1860. S. 535 u. ff.
13. Rille, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1. Abteilung.
14. Lassar, Monatshefte f. Dermat. 1889. Bd. II. S. 376; ebenda 1890. Bd. I. p. 35; Über Rhinophyma. Dermat. Zeitschr. 1895. 2. Bd. S. 485.
15. Péraire et Pilliet, L'acné hypertrophique du nez formant une enorme tumeur. Bull. de la soc. anatom. de Paris. 1898. Nr. 9. Ref. Hildebrands Jahresberichte 1898. S. 340.
16. von Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie. 1903. Bd. 39. H. 1.
17. Bogrow, Das Rhinophyma und seine Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1904. Nr. 32.
18. König, Lehrbuch der spez. Chirurgie. 8. Aufl. Bd. 1.
19. Tillmanns, Spezielle Chirurgie. 8. Aufl. 1. Teil. S. 244.
20. Blöbaum, Die Radikalbehandlung des Rhinophyma durch Galvanokaustik. Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 52; 1905. Nr. 47.
21. Lesser, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11. Aufl. S. 179.
22. H. v. Hebra, Das Rhinophyma. Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis. 1881. H. 4. Die krankhaften Veränderungen der Haut. Braunschweig 1884.
23. Dieffenbach, Die operative Chirurgie. Bd. 1. 1845. S. 373.
24. Dupré, Behandlung der Pfundnase. Journal de med. cout et syphil. 1891. Ref. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1891. S. 533.
25. Jungengel, Oberfränkischer Ärztetag zu Bamberg am 2. VII. 1896. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1896. Nr. 51.
26. Kromayer, Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Dermat. Zeitschr. 1895. S. 74.

27. Sternberg, K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung am 22. II. 1901. Ref. Wien. klin. Wochenschr. 1901. S. 225.
28. Stromayer, Handbuch der Chirurgie. Freiburg i. Br. 1864. Bd. 2. S. 171.
29. Billroth, Chirurgische Klinik. Zürich 1860—1867. S. 105.
30. Sick, Sitzung der Hamburger ärztlichen Vereinigung, 3. XI. 1903. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 48. 2026.
31. Romme, Traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez. La presse médicale 1901. Nr. 8. Ref. Hildebrands Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. 1901. S. 394.
32. Pottgiesser, Acht Fälle von Rhinophyma. Inaugural-Dissertation. Würzburg 1899.
33. Weinlechner, K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung am 22. II. 1901. Ref. Wien. klin. Wochenschr. 1901. S. 225.
34. Liebmann, Harry, Das Rhinophyma und seine Behandlung. Inaug.-Diss. Leipzig 1906.
35. Lewin, Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, 9. VI. 1896. Ref. Dermat. Zeitschr. 1896. S. 658.
36. Braun, Handbuch der Lokalanästhesie. S. 253.
37. Baudon, Deux cas de restauration du nez pour l'acné hypertrophique. Archiv provinc. 1901. Nr. 12. Ref. Hildebrands Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. 1901. S. 394.
38. Pantolini, Trois cas de restauration du nez pour l'acné hypertrophique. Archiv provinc. 1901. Nr. 4. Ref. Hildebrands Jahresberichte. 1901. S. 394.
39. Wings, Franz, Das Rhinophyma und seine Behandlung. Inaug.-Diss. Berlin 1889.
40. Lorry, Tractatus de morbis cutaneis. Paris 1777. S. 647.
41. Batemann, Praktische Darstellung der Hautkrankheiten nach Willans System bearbeitet. Übersetzt von Abraham Hanemann in Hamburg. Halle 1815. S. 416.
42. Rayer, Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 2. Aufl. Paris 1835.
43. Fuchs, Konrad Heinrich, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840. S. 216.
44. Simon, Gustav, Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. 2. Aufl. Berlin 1851.
45. Chaussit, Traité élémentaire des maladies de la peau. Paris 1853. p. 215.
46. Duchesne-Duparc, Traité pratique des Dermatoses. Paris 1859. p. 215.
47. Gibert, Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1840. p. 197.
48. Hardy, Leçons sur les maladies de la peau publiées par Moysant. 2. Aufl. p. 115, unter Acne hypertrophica.
49. Rochard, Traité des maladies de la peau. Paris 1860. p. 334.
50. A. Todd Thomson, A practical treatise on Diseases affecting the Skin. London 1850. p. 410.
51. Radcliffe Crocker, Diseases of the Skin. 2. edit. London 1893. p. 718.
52. Hardaway, Clinical manual of skin diseases. Philadelphia and New York, Lea Brothers. 1898. p. 466.
53. Brocq, Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques. Paris, Carré u. Naud. 1898. p. 198.
54 Besnier et Doyon, Notes et additions zu Kaposi, Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten (9). Paris 1891. T. 1. 2. Aufl. S. 759.
55. Civadier, Mémoires de l'Acad. roy. de Chirurgie. 1819. T. III.

56. Senertus, Pract. med. lib. 5. pars I. cap. 31. cit. bei H. von Hebra (22).
57. v. Esmarch und Kulenkampff, Die elephantiastischen Formen. Hamburg 1885. S. 142.
58. H. E. Fritze und O. F. G. Reich, Die plastische Chirurgie in ihrem weitesten Umfange. Berlin 1845. S. 44.
59. F. v. Hebra, Zur Therapie der Acne rosacea. Wien. med. Wochenschr. 1879. Nr. 1.
60. Lassar, Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, 9. Juni 1896. Dermat. Zeitschr. 1896. Bd. 3. S. 658.
61. Derselbe, Klinische Beiträge zur Narbenverbesserung. Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nr. 37.
62. Ollier, De la décortication des nez éléphantiasiques et de ses résultats définitifs au point de vue de la forme de l'organe. Bull. de l'academie de méd. Nr. 33. 1876; Nr. 23. Disc. Nr. 34. 1877. — De l'éléphantiasis du nez et de son traitement par la décortication de cet organe. Lyon méd. 1876. Nr. 10.
63. Lucas-Championnière, Traitement chirurgical de l'acné hypertrophique. Acad. de méd. 9. Avril 1895.
64. Le Dentu, Quatre cas de fibrôme tubéreux du nez dont trois traités par la décortication. Bull. de la soc. de chir. Octobre 1888. p. 786. Discussion Verneuil, Anger Routier.
65. Pozzi, Acné hypertrophique ayant envahi les deux tiers inférieurs du nez. Bull. de la soc. de chir. 1. Déc. 1897. p. 729.
66. Lucas-Championnière, Soc. de chir. 1. Mars 1893.
67. P. Berger, Soc. de chir. 1. Déc. 1897.
68. Derselbe, Société de chirurgie. 1. Mars 1893; zitiert bei Thibierge 93.
69. Barlow, Über Adenomata sebacea. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 55. 1895. S. 71.
70. Wilson, Lectures on Dermatology delivered in the Royal College of Surgeons of England in 1874—1875. p. 169.
71. Rokitansky, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Wien 1856. Bd. 2.
72. Aron, Emil, Über Elephantiasis der Nase. Inaug.-Diss. Berlin 1888.
73. Wernher, Lehrbuch der allg. und spez. Chirurgie. Giessen 1846. Bd. 1.
74. Ponzet, Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. 1873. XX.
75. Guibout, Annales de dermatologie. Paris 1869. Nr. 2. p. 136.
76. Alois Simon Egger, Zur Kasuistik des Rhinophyma. Inaug.-Diss. Basel 1905.
77. Meckel, Joh. Friedr., Handbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig 1816.
78. Förster, Aug., Handbuch der spez. path. Anatomie. 1854.
79. Porta, Schmidts Jahrbücher. 1857. Bd. 96.
80. Weber, O., in v. Pitha u. Billroth, Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie. 3. Bd. 1. Abteil. A. Abschnitt 3. § 115. Stuttgart 1866—1873.
81. Virchow, Die krankhaften Geschwülste. 1862—1863.
82. Alibert, Biett (zit. nach v. Hebra, 22).
83. Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der speziellen Anatomie. Bd. 2. 1. 1887. p. 348.
84. Villaret, Handwörterbuch der gesamten Medizin. 1888.
85. Jessner, Kompendium der Hautkrankheiten. 1893. p. 182.
86. Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1895.
87. Ziegler, Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie. 1895. p. 459.

88. Jadassohn, in Kocher u. de Quervain, Realenzyklopädie der gesamten Chirurgie. 1903.
89. Kaufmann, E., Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie. 3. Aufl. Berlin 1904. S. 1120.
90. Leser, E., Die spezielle Chirurgie. Jena 1904. p. 123.
91. Schierwasser, Joh. Konrad, Inaug.-Diss. Berlin 1729.
92. Klaussner, zit. nach Schneider, Inaug.-Diss. München 1907.
93. Thibierge, La pratique dermatologique von Besnier, Brocq, Jacquet. Paris, Masson. 1900.
94. Gütig, Wien. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 51.
95. Gersuny, Chirurg. Behandlung des Rhinophyma. N. Y. Medical Record, 2. May 1908; zit. nach Semons Zentralbl. 1908. S. 530.
96. Fabry, Dermat. Zeitschr. 1908. Mai. H. 5.
97. Krieger, Dermat. Zeitschr. 1898. 5. Bd. 5. H.
98. Sick, Ref. Unnas Monatshefte. 1907. S. 159.
99. Assfalg, Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 41.
100. Snowmann, I., Ref. Unnas Monatshefte. 1908. S. 116.
101. Leloir u. Vidal, Recherches anatomiques sur l'acné. Société de biologie. 1882; zit. nach Thibierge (93).
102. Berdal et Jayle, Acné hypertrophique. Presse médicale. 22. juin 1895. p. 237; zit. nach Thibierge (93).
103. Neisser u. Jadassohn, Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein u. Schwalbe, III. Bd. 2. Teil.
104. Schuster, Elephantiasis der Nase kombiniert mit plexiformem Neurom und allgemeiner Neuromatose. Prag. med. Wochenschr. 1880. Nr. 21, 22, 30.
105. Stelwagon, Henry W., Diseases of the Skin. Philadelphia und London. W. B. Saunders Company. 1907.

Erklärung der Tafel VI.

Figur 1: Rhinophyma (Querschnitt).
- a Talgdrüsen.
- b Bindegewebe.
- c Blutgefässe.
- d Schweissdrüsen.
- e Lymphraum.
- f Unterhautzellgewebe.

Figur 2: Normale Nasenhaut (Querschnitt).
- a Talgdrüsen..
- c Gefässe.
- d Schweissdrüsen.
- f Unterhautzellgewebe.
- g Haar.
- n Nerv.
- m Muskel.

Über zwei mit meiner Methode behandelte klinische Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung.

Kritische Erörterungen und Vorschläge.

Von

Prof. Dr. S. Citelli (Catania).

Mit 1 Tafel.

Im Oktober 1907 habe ich auf dem Italienischen Kongress für Oto-Rhino-Laryngologie zum erstenmal eine von mir ausgebildete Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen besprochen und über die Ergebnisse einiger entsprechenden Versuche an Hunden berichtet. Im Juni 1908 veröffentlichte ich dann eine grössere Arbeit darüber in der Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete (s. Bd. I, S. 143 ff.).

Nachdem ich seit dieser Zeit 2 Kranke mit meiner in einigen Punkten etwas modifizierten Methode behandelt habe dürfte ein Bericht über Verlauf und Erfolg dieser Fälle nicht ohne Interesse sein, um so mehr, als ich daran Überlegungen und Vorschläge knüpfen möchte, die gegenüber den nur theoretisch und tierexperimentell begründeten Ausführungen meiner früheren Arbeit die sichere Grundlage der klinischen Erfahrung beanspruchen können. Vorerst wird es aber angebracht sein, den Ideengang meiner früheren Veröffentlichung kurz zu rekapitulieren.

Meine Methode besteht darin, die eiternde Stirnhöhle nach ausgiebiger Auskratzung und Desinfektion mit einer aseptischen und antiseptischen Masse auszugiessen und ich empfahl dafür mit Jodoform versetztes Paraffin. Auf diese Weise glaubte ich der allgemeinen chirurgischen Forderung, bei Eiterungen in starrwandigen Höhlen

diese Höhlen zur Verödung zu bringen — am vollständigsten zu entsprechen und dabei das Gesicht des Patienten am besten vor Entstellung zu bewahren. In der Literatur fand ich zu meiner Befriedigung, dass eine ähnliche Methode mit sehr gutem Erfolg in der allgemeinen Chirurgie bei Behandlung von eiternden Knochenhöhlen infolge von infektiöser Osteomyelitis ausgedehnte Anwendung findet. — Meine Versuche mit drei Hunden, die ich anstellte, teils zwecks Ausbildung der Technik, teils zwecks Studiums der sich in den Knochenwänden abspielenden histologischen Prozesse, hatten folgende Ergebnisse:

Beim ersten Hund (mit grossem Sinus frontalis), der nach 19 Tage zufällig zugrunde ging, fand ich den linken Sinus völlig durch einen soliden aber wenig adhärenten Block von Paraffin ausgefüllt; histologisch war die Schleimhaut durch kleinzellige Infiltration mässig verdickt. Im Periost und im Mark nahe der Höhlenoberfläche bestand mässige Wucherung der Osteoblasten und der fixen Gewebszellen.

Beim zweiten sehr jungen Hund (mit kleiner Stirnhöhle), der nach 60 Tagen getötet wurde, fanden sich im rechten durch neugebildetes Gewebe stark verkleinerten Sinus sehr geringe Reste von Paraffin. In der linken wenig verkleinert ten Höhle dagegen lagen noch verschiedene Paraffinstücke frei in der Höhlung, umspült von einer geringen Menge seröser Flüssigkeit. Mikroskopisch fand ich aktive Wucherung von Periost-Markzellen, die zu einer Verdickung der Wandung geführt hatte. Bemerkenswerterweise zeigten sich die Knochenbälkchen in der Zone der Osteo- und Fibroplastenproliferation stark verdünnt und zum Teil fast resorbiert. An der wenig kleinzellig infiltrierten Schleimhaut spärliche Epithelspuren. Die Operationsöffnung in der vorderen Wand war geschlossen von einer fibrösen Narbenmasse und die Hautdecke war darüber verschieblich. Keinerlei Deformität. Die beiden Versuche zeigten, dass in gesunden Stirnhöhlen eingegossenes Paraffin gut vertragen wurde und nur eine nichteiterige Entzündung hervorrief, die das als Fremdkörper wirkende Paraffin nach und nach zur Auflösung und Resorption brachte. Dieser reaktive Entzündungsprozess bewirkte an den Wänden der Höhle Wucherung von Periost und Mark und Neubildung von Bindegewebe, die begleitet von Schwund intermediärer Knochenbälkchen zu einer dauernden Verkleinerung der Höhle führte. Das Paraffin wurde also nicht, wie man theoretisch hätte erwarten können, als solider Block vom Bindegewebe fest eingehüllt, sondern es löste durch seinen Reiz als Fremdkörper eine proliferierende Entzündung der Höhlenwände aus, die dann unter Bildung eines Exsudates das Paraffin zersetzte und zur Resorption brachte. Wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, war übrigens das Epithel der Schleimhaut nicht völlig durch die Auskratzung zerstört worden.

Beim dritten Hund schliesslich (älter und mit ziemlich grossen Stirnhöhlen) rief ich in der wie üblich eröffneten und ausgekratzten Stirnhöhle durch Einbringen einer Kultur von Staphylococcus albus eine abundante Eiterung hervor. die besonders in der rechten Stirnhöhle sehr lebhaft wurde. Nach 40 Tagen wollte ich dann den Versuch machen, ob ich auch ohne besondere a- und antiseptische

Massnahmen und auch bei subakuten Eiterungen Heilung durch meine Methode erzielen könnte. Ich füllte die Höhlung mit Paraffin aus und schloss die Wunde durch Naht. Die Eiterung dauerte aber fort, so dass ich nach 5½ Monaten (seit Beginn der jetzt chronisch gewordenen Eiterung) die Operation unter den oben besprochenen strengen a- und antiseptischen Kautelen wiederholte, aber nur an der rechten, stärker eiternden Stirnhöhle, während ich die linke zwecks Kontrolle unbehandelt liess. Nach weiteren zwei Monaten tötete ich das Tier und fand den linken nicht behandelten Sinus noch eiternd, den rechten dagegen, der nach meiner Methode behandelt war, völlig geheilt. Die Operationsöffnung in der vorderen Wand war hermetisch von einer fibrösen Gewebskapsel verschlossen und die Höhle selbst war fast gänzlich von Paraffin ausgefüllt, das zur Zeit noch einen festen trockenen, von den Wänden leicht ablösbaren Block bildete, an dem eben die Arbeit der Phagozyten einzusetzen begann. Das früher undurchsichtige gelbgrünliche Paraffin war durchsichtig geworden mit einzelnen gelben Einlagerungen — einzelne Jodoformdeposita.

Mikroskopisch zeigte der linke Sinus das übliche histologische Bild einer eitrigen Entzündung. Im rechten Sinus hatte mit der Heilung des Eiterungsprozesses die Schleimhaut wieder ein fast normales Aussehen bekommen. Im Periost, im Mark und den benachbarten Knochenbälkchen fanden sich beim zweiten Hund beschriebene histologische Prozesse. Hier und da begann Epithelneubildung, ein Zeichen. dass das Epithel der Schleimhaut bei der Auskratzung nicht völlig vernichtet sein konnte.

Die Heilung war also dadurch zustande gekommen, dass die infektiösen Keime durch die Auskratzung und Desinfektion der Höhlen möglichst vernichtet und die Höhle durch das Jodoformparaffin völlig ausgeschaltet, und dadurch den eventuell noch übrig gebliebenen Keimen der Boden entzogen wurde. Der Paraffinblock selbst blieb als aseptischer Fremdkörper in der aseptischen Höhle liegen und würde wahrscheinlich auch hier, wie bei Hund II, wo dieser Prozess sich bei der kleinen Höhle rascher einstellte, durch das Exsudat der durch ihn als Fremdkörper hervorgerufenen Entzündung nach und nach zerstört, resorbiert und bis zu gewissem Grade durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt worden sein.

Diesen meinen eigenen früheren Versuchen kann ich hinzufügen, dass auf dem letzen italienischen Kongress für Oto-Rhino-Laryngologie im Oktober 1908 (also ein Jahr nach meiner ersten Mitteilung) Pusateri auf Grund rein wissenschaftlicher Experimente meine histologischen Befunde vollständig bestätigt hat. Er erregte künstlich eine eitrige Stirnhöhlenentzündung bei Hunden und behandelte die Höhle offen bis zur völligen Heilung. Die histologische Untersuchung derart geheilter Stirnhöhlen ergab (genau wie bei mir), dass die Schleimhaut sich wieder zu fast normalem Zustand regeneriert hatte und dass Periost, Mark- und Knochenlamellen dieselben Veränderungen aufwiesen, wie ich sie bei meinem zweiten und dritten Hunde gefunden und geschildert hatte. Es war auch gar nicht anders möglich, da Pusateri unter fast denselben Versuchsbedingungen arbeitete wie ich bei dem dritten Hund. Er erregte künstlich, wie auch ich, eine Stirnhöhleneiterung und erzielte dann die Heilung durch eine der allgemein üblichen chirurgischen Methoden, ich hingegen

durch meine eigene Methode. Der anatomische Prozess der Heilung an sich musste selbstredend derselbe sein. Auch bei einfacher Ausfüllung einer nicht eiternden Stirnhöhle sind die histologischen Prozesse fast die gleichen; das ist leicht erklärlich, da auch in diesem Falle sich eine Entzündung der Höhlenwände einstellt, nicht infolge von infektiösen Keimen, sondern infolge der Abkratzung und der Anwesenheit des Paraffins. Wir werden sehen, inwieweit diese experimentellen Ergebnisse und Folgerungen Anwendung finden auf die zwei Patienten, die ich bisher behandelte und inwieweit sie durch diese Fälle modifiziert werden.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichten der beiden Fälle folgen:

Fall I.: Vereiterte Mukocele der Stirnhöhle.

Der Fall ist schon deshalb interessant, weil es sich um eine relativ seltene Affektion handelt, von der in der Literatur im ganzen etwa 70 Beobachtungen registriert sind. Ich selbst habe übrigens einen anderen noch nicht veröffentlichten Fall vor 8 Jahren in Turin beobachtet als Assistent in der dortigen Otorhinolaryngologischen Klinik. Es handelte sich um eine Mukocele der rechten Stirnhöhle bei einer 40 jährigen Frau mit fast denselben Symptomen wie im vorliegenden Fall.

Herr R. E., 48 Jahre alt aus Catania wurde vor 5 Jahren von seinen Verwandten darauf aufmerksam gemacht, dass sein linkes Auge gegenüber dem rechten etwas vorgewölbt sei. Mehrere Augenärzte, die es daraufhin konsultierte, konnten mangels irgendeiner Seh- oder anderweitiger Störung von seiten des Auges und mangels anamnestischer Anhaltspunkte (höchstens leichte Erkältbarkeit) die Sache nicht erklären und beschränkten sich auf Verordnung von Jodjodkaliinjektion. Die Hervorwölbung des Auges wurde aber immer stärker und schliesslich erschien zwischen oberem Augenlid und Orbitalrand medialwärts eine erbsengrosse Erhöhung die langsam wuchs und dabei den Bulbus nach unten und vorn verdrängte.

Es wurde ärztlicherseits die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf retrobulbäre Zyste gestellt. Der durch das Weiterwachsen der Schwellung ängstlich gewordene Kranke begab sich im April 1908 zuerst nach Rom und dann nach Neapel, um dort Heilung zu suchen. In Rom konsultierte er einen Augenarzt, der eine wahrscheinlich mit der Stirnhöhle in Verbindung stehende Zyste diagnostizierte. Sofort darauf begab sich der Kranke nach Neapel, wo er abermals, immer in der festen Meinung, es handle sich um ein reines Augenleiden, einen Augenarzt aufsuchte, der ihn längere Zeit behandelte und ihm bei der Entlassung einen detaillierten Bericht über den Befund vor der Behandlung und über die Behandlungsmassnahmen mitgab.

Aus dem Bericht entnehme ich folgende Angaben:

Anfang Mai 1908 bot der Kranke in der Lidgegend des oberen Lides des linken Auges eine von anscheinend normaler Haut bedeckte Schwellung, die den oberen Sulcus orbitopalpebralis convex ausbuchtete. Das Auge war stark nach unten, vorn und aussen disloziert, Sehstärke und Beweglichkeit waren aber fast normal, nur die Rotation nach oben war etwas behindert. Die Palpation ergab eine etwa nussgrosse nach vorn, speziell vom Orbitalbogen gut abgrenzbare, nach hinten aber ohne deutliche Grenze in das tiefere Orbitalgewebe übergehende Ge-

schwulst, die bei kombinierter Palpation deutliche Fluktuation zeigte. Der Kranke wurde damals photographiert. Die Photographie gibt aber nach eigener Aussage des Kranken das Bild nur schlecht wieder. Abb. I. Der Augenarzt stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Mukocele der Stirnhöhle und forderte eine Konsultation mit einen Rhinologen. Dieser fand zwar bei der Durchleuchtung keine Helligkeitsdifferenz zwischen beiden Stirnhöhlen, schloss sich aber der Diagnose Mukocele völlig an. In der Nase wurde nichts mit der Stirnhöhle in Beziehung zu bringendes gefunden. Ein mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Mukocele des Siebbeins vorgenommene elektrische Anbohrung der Siebbeinzellen war ohne pathologisches Ergebnis. Es wurde nun in Übereinstimmung mit einem Chirurgen beschlossen die Schwellung zu inzidieren. Aus der etwas oberhalb des Augenlides vorgenommenen Inzision floss eine grosse Masse dickflüssigen (eine weitere Charakteristik gibt der Bericht nicht) Schleimes. Die Schleimmasse kam aus der auffällig grossen Stirnhöhle, deren Orbitalwand, wie das eben bei Mucocelen geschieht, durch den Druck der Flüssigkeitsansammlung immer mehr ausgebuchtet worden war, bis sie schliesslich perforierte und durch die Perforationsöffnung der schleimige Höhleninhalt sich ins Gewebe ergoss, die äusserlich sichtbare Schwellung hervorrief und den Bulbus verdrängte. Die Diagnose Mukocele der Stirnhöhle war also gesichert. Der Ausfluss aus der durch Drain offen gehaltenen Öffnung der Orbitalwand verringerte sich durch Spülungen zusehends und der Bulbus gewann fast seine normale Stellung wieder. Man konnte bei den täglich mit 0,75% iger Kalipermanganatlösung vorgenommenen Ausspülungen niemals bemerken, dass ein Tropfen der Flüssigkeit in die Nase abfloss. Die Verbindung mit der Nase schien damals völlig aufgehoben zu sein, wie das ja in der Mehrzahl der Mukocelefälle gefunden wurde und ja geradezu eine Vorbedingung der Entstehung der Mukocele bildet. — Einen Monat nach der Inzision, als die Sekretion sich schon ganz erheblich verringert hatte, entwickelte sich plötzlich eine Eiterung in der Höhle, die für einige Zeit ein eiteriges, dann eiterig-schleimiges Sekret lieferte. Als die zwecks Verhütung eines Rezidivs offen gehaltene Fistel den Patienten sehr belästigte, wandte er sich an alle möglichen Chirurgen und Spezialisten um Hilfe und wurde dadurch erst recht konfus. Durch die Verschiedenheit der therapeutischen Ansichten und Ratschläge und durch das Ausbleiben eines endgültigen Erfolges ungeduldig gemacht, entschloss er sich nach $3^1/_2$ Monaten schliesslich nach Catania zurückzukehren. Hier begab er sich auf Rat verschiedener Ärzte Ende August 1908 in meine Behandlung.

Status präsens. Ich fand den Zustand des Kranken bei der ersten Untersuchung wie folgt:

Ziemlich gesund aussehender, aber etwas fetter und allem Anschein nach arthritisch veranlagter Mann. Links in der Mitte des oberen Sulcus orbito palpebralis befindet sich eine durch eine Drainröhre weit offen gehaltene Fistel von 6—7 mm Durchmesser. Durch diese Fistel hindurch wurden täglich Permanganatspülung ausgeführt, bei denen sich stets eine geringe Menge schleimig-eiterigen Sekretes entleerte. Niemals floss etwas aus der Höhle in die Nase.

Die von unten nach hinten oben verlaufende Fistel ist im ersten Abschnitt völlig mit Epithel ausgekleidet und führt hinter dem oberen Orbitalbogen in eine sehr weite Höhle, zweifellos die Stirnhöhle. Mit der Sonde konnte ich feststellen, dass die Höhle überall mit Schleimhaut ausgekleidet war, ich konnte nach oben die Sonde 4 cm über den Orbitalbogen hinaufführen, nach aussen erstreckte sich die Höhle bis zum äusseren Winkel der Orbita, medianwärts überschritt die Sonde die Mittellinie, die hintere Wand schien unverändert. Das obere

Augenlid war ein wenig ödematös, das Auge in fast normaler Stellung und von normaler Funktion. In der ziemlich engen Nase war links eine leichte Deviation mit einer starken Spina. Es handelte sich demnach ohne Zweifel um eine vereiterte Mukocele der linken Stirnhöhle mit weiter Fistel. Der Kranke konnte unter diesen Umständen ohne chirurgischen Eingriff sicherlich nicht geheilt werden; denn die Sekretion der Schleimhaut würde nicht endgültig aufhören und dadurch auch die Fistel sich nicht schliessen können, insbesondere da nach der Nase hin anscheinend keine Kommunikation bestand. Die Operation musste in Anbetracht der grossen Weite der Höhle nach Killian oder (wegen der grösseren Sicherheit des Erfolges) nach Riedel gemacht werden, aber beide Methoden, insbesondere die Riedelsche hätten starke Deformation des Gesichtes zur Folge gehabt. Deshalb entschloss ich mich, vor allem auch aus ästhetischen Gründen, meine eigene Methode anzuwenden, und das um so mehr, als, selbst wenn keine Heilung erzielt werden konnte, der Versuch sicherlich keinen Schaden bringen konnte. Ich hatte bei dem Kranken zwei für meine Methode sehr günstige Bedingungen: einmal der, wie es wenigstens schien, völlige Verschluss des ductus nasofrontalis links und dann das Fehlen einer Siebbein- oder anderweitigen Höhleneiterung. Ein grosser Nachteil lag aber in dem Vorhandensein der weiten Fistel.

Jedenfalls beschloss ich, in zwei Akten vorzugehen. Zunächst würde ich die vordere Höhlenwand breit eröffnen, um die Höhle in all ihren Buchten gut übersehen, auskratzen und desinfizieren zu können, dann, wenn die Höhle gut granulierte, würde ich in einer zweiten Operation die Höhle mit sterilem Jodoformparaffin ausgiessen und die Hautwunde vernähen. Bei diesem Vorgehen in zwei zeitlich getrennten Akten würde ich die Austrocknung der Höhle sicherer erreichen und die Granulationsbildung gut übersehen und überwachen können. Den Verschluss der Fistel hoffte ich vor der zweiten Operation erreichen zu können.

Mit den notwendigen a- und antiseptischen Kautelen führte ich am 23. August 1908 den ersten Eingriff in Chloroformnarkose in meinem Krankenhaus aus. Lokalanästhesie wie ich sie in deutschen Kliniken in ähnlicher Lage anwenden sah, können wir in Italien bei solchen Operationen nicht anwenden. Ich inzidierte in der Mitte der Augenbrauenlinie in einer Länge von fast ²/₃ der Länge (medianwärts), eröffnete nach Ablösung der Weichteile und des Periosts die vordere Wand etwas oberhalb des Orbitalrandes in einer Weite von etwa Markstückgrösse (ital. 5 Cts. Stück). Das war mit meiner Knochenzange leicht ausführbar. Die Höhle wurde dann mit einer sterilisierten Lösung von Kali permang. ausgewaschen, wobei eine geringe Menge schleimigen Eiters sich entleerte, und die leicht verdickte und granulierende Schleimhaut der Höhle gut ausgekratzt. Ich konnte mit Sicherheit feststellen, dass die Höhle temporalwärts fast bis zum oberen äusseren Winkel der Orbita, nach oben etwa 4 cm über den Orbitalrand reichte und dass auch nach hinten unten eine beträchtliche orbitale Bucht bestand. Das Trennungsseptum zwischen linker und rechter Stirnhöhle ist nach rechts disloziert. Ich ätzte die Höhle mit Chlorzink, bliess Jodoform ein, kratzte die Fistel aus, legte einen dünnen Gazestreifen ein und verband die Wunde. Beim Verbandwechsel nach 3 Tagen fand ich die Gaze durchtränkt von etwas Blut und ziemlich reichlichem eiterigen Sekret. Unter genauer indirekter Beleuchtung kauterisierte ich nochmals einzelne Stellen der Höhlenwände, bliess wieder Jodoform ein und tamponierte mit Gaze. In derselben Weise ging ich täglich vor. Während die Höhle gut zu granulieren beginnt, zeigt die Fistel, in die ich, um sie zur Schrumpfung zu bringen, keine Gaze mehr einlegte, leider keinerlei Tendenz zur Verschliessung. Der schräge Verlauf lässt eben immer wieder Sekret hindurchfliessen. Als nach 9 Tagen die Fistel

noch immer offen war, beschloss ich trotzdem die Obturation der Höhle vorzunehmen. Ich wusch bei sitzender Stellung des Patienten die Stirnhöhle zunächst mit steriler Kalipermang-Lösung aus (wiederum floss nichts in die Nase!), trocknete sehr gut mit Watte, Gaze und trockner warmer Luft aus (wobei freilich der Apparat nicht besonders gut funktionierte) und bliess Jodoform ein, gemischt mit 1% Stovain (um etwaiges Brennen des geschmolzenen Paraffin zu mildern). In die Fistel führte ich einen mit Vaselin bestrichenen Gazestreifen, genau wie ich es mit dem Ductus nasofrontalis gemacht hätte, wenn dieser offen gewesen wäre. Dann liess ich den Kopf des Kranken stark nach hinten biegen, so dass die Operationsöffnung der Vorderwand der Höhle nach oben sah und goss nun durch ein sterilisiertes Ohrspeculum das geschmolzene mit 15% Jodoform versetzte sterilisierte Paraffin vom Schmelzpunkt 46 langsam in die Höhlung ein. Ich hatte das Paraffin sterilisiert, indem ich dasselbe in einem Kaolingefäss eine Viertelstunde lang auf einem Metallnetz über einer Bunsenflamme erhitzt hatte. Das Gefäss wurde dann in einem Trockenofen bei einer Temperatur von 48° gesetzt, dort wurde dann das Jodoform zugesetzt und das Gefäss stehen gelassen bis es gebraucht wurde. Die gute Ausfüllung der Stirnhöhle erforderte einige Mühe. Ich wusste von meinen Experimenten an Hunden und menschlichen Leichen her, dass das Paraffin, wenn es nicht, ehe es ganz erkaltet, gut zusammengepresst wird, infolge der Luft in der Höhle die Buchten der Höhle nicht richtig ausfüllt, eine Bedingung, die sehr wichtig und für den Erfolg eigentlich unerlässlich ist. Ich füllte deshalb zunächst nur soviel Paraffin ein, dass die Höhle eben gefüllt schien und übte dann, wenn das Paraffin gerade zu erkalten begann, mit einer Schwartzeschen Sonde einen Druck auf die Masse aus, indem ich die Sonde nach den verschiedenen Richtungen hin vordrängte und so etwaige Luftblasen herauszudrücken suchte. Die Kompression gelang am besten, wenn das Paraffin eben anfing Pastenkonsistenz zu bekommen.

Mit vieler Geduld und in modellierendem Vorgehen presste ich das Paraffin in die Höhle hinein; die wieder neu entstandene Höhlung füllte ich dann wieder mit flüssigem Paraffin aus, das ich wieder ebenso anmodellierte. Ich musste diese Prozedur viermal wiederholen, bis die Höhlung endlich völlig bis zur Operationsöffnung gefüllt war. Das bei der letzten Kompression aus der Höhle herausgequollene Paraffin, das die Adaption der Weichteile hinderte, wurde mit der Sonde leicht entfernt. Nachdem ich dann die granulierenden Hautränder unter Abtragung übergrosser Granulationen angefrischt hatte, schloss ich die Wunde mit Nähten, puderte Jodoform auf, zog den Vaselingazestreifen aus der Fistel und verband den Kranken. Die ganze Prozedur war für den Patienten schmerzlos, nur die Hautnaht schmerzte etwas.

Die Hautwunde schloss sich per primam; am 6. Tage nahm ich die Fäden heraus. Die Fistel, durch die sich in den ersten Tagen noch etwas seröse Flüssigkeit entleert hatte, schloss sich völlig nach 11 Tagen. Ich konnte daher, unter selbstverständlichem Vorbehalt einer weiteren Beobachtung des Patienten, diesen als geheilt betrachten, eine Heilung, die geradezu in idealer Weise erzielt worden war; denn nicht nur war in wenigen Tagen eine jahrelang bestehende Krankheit beseitigt worden, sondern es blieb auch keinerlei Entstellung des Gesichtes zurück (wie die Photographie unter 2a zeigt). Die sehr schmale lineare Narbe im Arcus superciliaris wurde von den rasch nachgewachsenen Brauen völlig verdeckt. Ich füge hinzu, dass nach einem Monat die grosse Operationsöffnung nicht mehr durchzufühlen war. Sie war, nach den Ergebnissen meiner Experimente zu schliessen, wahrscheinlich durch eine fibröse vom Periost gelieferte Narbenkapsel

völlig verschlossen. Die Haut war über der Narbe normal verschieblich. Nach zirka 20 Tagen ereignete sich ein kleiner Zwischenfall. Der Patient hatte, ohne dass ich davon wusste, sich täglich 2—3 Stunden lang Massage des Augenlids machen lassen, da er seit der in Neapel vorgenommenen Inzision, jedenfalls infolge Verletzung des Nervus supraorbitalis, an Parästhesien dieser Gegend litt, die auf Massage besser geworden waren.

Die leichte Einsenkung über der Knochennarbe erschien eines Tages gerötet und geschwollen. Ich konnte durch Auseinanderziehen der Haut unschwer die alte Fistel wieder öffnen und es entleerten sich 2—3 Tropfen serösen Sekretes. Diese geringe Sekretion dauerte 14 Tage, dann schloss sich die Fistel wieder endgültig. Von da ab ging es, trotzdem der Kranke mehrfach Schnupfenattacken durchzumachen hatte, gut, so dass ich Ende Oktober 1908 keinen Anstand nahm, dem XII. ital. Kongress für Oto-Rhino-Laryngologie in Turin Mitteilung zu machen von dem vorzüglichen Erfolg, den ich mit meiner Methode erreicht hatte. Ich erklärte aber, dass ich den Operierten noch weiter beobachten würde, um festzustellen, ob das schöne Resultat ein dauerndes bleiben werde.

Leider brachte das Ende des Jahres 1908 dem Patienten, der bei der an sich kalten und nassen Jahreszeit gelegentlich der furchtbaren Erdbebenkatastrophe in Messina mit der Mehrzahl der Bewohner Catanias viele Nächte im Freien zubrachte, abermals eine sehr heftige Schnupfenattaque, an die sich eine Infektion der erkrankt gewesenen linken Stirnhöhle anschloss. Es entstand Schwellung und Rötung in der Gegend der Operationsöffnung und des oberen Augenlids, Symptome, die trotz nur geringer Schmerzhaftigkeit Schlimmes befürchten liessen. Nach einigen Tagen stellte sich Fluktuation am medialen Teil der Narbe ein, die schliesslich zum Durchbruch und zur Entleerung einer mässigen Menge staphylo- und streptokokkenhaltigen Eiters führte. Auch die alte Fistel öffnete sich wieder und so floss der Eiter aus zwei Öffnungen; in die Nase drang aber niemals Eiter aus der Stirnhöhle. Die alte Operationsöffnung in der vorderen Stirnhöhlenwand war wieder fühlbar. Angesichts dieser Sachlage konnte kein Zweifel bestehen, dass doch eine Kommunikation zwischen Stirnhöhle und Nase bestehen musste, denn die Infektion konnte sich nur durch eine solche von der Nase fortgepflanzt haben. Der Eiter hatte sich einen Weg durch die untere Wand und die alte Fistel gebahnt, hatte zugleich aber auch den narbigen Verschluss der Operationsöffnung der vorderen Wand durchbrochen.

Nach einigen Tagen klangen die akuten Symptome zwar ab, aber nach weiteren 20 Tagen akquirierte der Patient durch dieselbe Ursache einen neuen Schnupfen mit abermaliger Infektion der Stirnhöhle. Daraufhin wieder Schwellung, die aber auch wieder nach einigen Tagen zurückging nach Entleerung einer beträchtlichen Menge Eiters durch die beiden Fisteln.

Unter diesen Umständen war keine Hoffnung auf Heilung der Affektion, wenn man sich nicht entschliessen wollte, entweder einen neuen Versuch mit meiner Methode — aber nach vorhergehendem sicheren Verschluss der Kommunikation zwischen Stirnhöhle und Nase — anzustellen, oder aber die Radikaloperation nach Killian und Riedel auszuführen.

Da es sich um einen Privatpatienten handelte und die Stirnhöhle ausserordentlich weit war, schlug ich die Operation nach Killian vor, da die Riedelsche Methode in diesem Falle sicherlich von sehr starker Deformation des Gesichts gefolgt sein würde. Der Patient, teils durch die Erdbebenkatastrophe psychisch stark mitgenommen, teils wegen der schlechten Jahreszeit, bat, die Operation bis zum Frühjahr zu verschieben. Dringende Indikation zu sofortigem Eingriff bestand, wohlverstanden, z. Z. nicht. Wir warteten demgemäss ohne

irgendwelchen Nachteil bis anfangs Mai. Es floss unterdessen konstant etwas Eiter aus den durch Gazestreifen offen gehaltenen Fisteln. Mit dem Sekret kamen öfters kleine Paraffinpartikel zum Vorschein.

Anfangs Mai 1909 operierte ich dann den Kranken nach Killian, nachdem ich kurz vorher die Spina der linken Nasenseite weggenommen hatte. In der Stirnhöhle fand ich noch eine beträchtliche Menge Paraffin in Form eines grossen Blockes. Knochendefekte waren zunächst nicht sichtbar. Die Eiterung war gering. Polypoide Granulationen fanden sich auch im oberen und seitlichen Teil des Siebbeins. Während der Operation musste ich aber zu meiner Überraschung konstatieren, dass das Septum zwischen linker und rechter Stirnhöhle teilweise usuriert war und ich fand sogar einige Granulationen und etwas Eiter in der rechten Stirnhöhle. Diese die im ganzen viel kleiner war als die linke, war etwa nussgross, reichte nach oben etwa 2 cm über den Orbitalbogen, seitlich ging sie bis auf $1^1/_2$ cm nach dem äusseren Winkel der Orbita.

Nachdem ich die Killiansche Operation links ausgeführt hatte — der Patient atmete in der Narkose recht schlecht, so dass ich 5—6 mal unterbrechen musste — nahm ich deshalb auch die rechte Höhle in Angriff. Nach Abtragung des Septums resezierte ich die ganze vordere Wand nach Kuhnt. Dann legte ich einen Gazestreifen vom unteren inneren Winkel der linken Stirnhöhle nach der Nase ein und schloss die grosse Hautwunde durch primäre Naht, legte aber noch einen Gazestreifen in den mittleren Teil der Wunde, korrespondierend mit dem oberen inneren Winkel der linken Orbita.

Der Verlauf nach der Operation war sehr gut und auch die Entstellung war gering. Es blieb eine leichte Diplopie zurück, die sich seither gebessert hat, aber noch nicht völlig verschwunden ist. Die anfänglich sehr weite Kommunikation zwischen linker Stirnhöhle und Nase verkleinerte sich nach und nach, blieb aber immer noch weit genug, um die Sekretion abfliessen zu lassen. Der Rest der Stirnhöhlen wurde durch Kompressivverband fast völlig zum Schwinden gebracht; indem der Hautlappen der vorderen Wand sich im allgemeinen gut an die hintere Wand der Höhle anlegte. Nur im unteren medialen Winkel der beiden Höhlen und hinter der Knochenspange, die in der linken Höhle stehen geblieben war sowie vor allem im äusseren oberen Winkel der Orbita, wo der Supraorbitalrand stark vorsprang, blieben kleine Höhlungen übrig. Speziell die letzte kleine Höhlung hinderte die Heilung; denn während das Sekret der kleinen unteren medialen Resthöhlen leicht durch die weite Kommunikation zwischen linker Stirnhöhle und Nase und andererseits durch den noch erhaltenen Canalis nasofrontalis der rechten Seite abfloss stagnierte das Sekret der äusseren oberen Höhle hinter dem Orbitalbogen infolge ihrer Konfiguration und führte zu stetem Ausfluss von einigen Tropfen Eiter durch die ältere Fistel. Ich liess deshalb jeden Tag durch die Fistel hindurch Spülungen mit sterilem Wasser machen und spritzte etwas Jodjodkalilösung ein, in der Hoffnung, dass sich die kleine Höhle durch Granulationsbildung schliessen wird.

Falls das nach einiger Zeit nicht eintritt, werde ich gezwungen sein, mit einem letzten Eingriff die Knochenspange abzutragen und damit die in diesem Falle sicherlich sehr unangenehme Entstellung in den Kauf zu nehmen, die eine Operation nach Riedel nach sich zieht.

Fall II. Es handelt sich in diesem Falle um einen kräftigen, gesunden Fuhrmann von 40 Jahren.

Nach einem vor 3 Jahren durchgemachten schweren Typhus stellte sich im inneren oberen Winkel der rechten Orbita Schmerzen ein, denen dann bald auch Rötung und Schwellung dieser Gegend folgte.

Diese Schwellung wuchs und brach spontan auf nach dem Konjunktivalsack zu und es entleerte sich eine ziemliche Menge Eiter. Seitdem besteht eine fistulöse Bucht, die der Mann, zu steter Arbeit gezwungen, bis auf gelegentliche Waschungen mit Borwasser nicht weiter beachtete. Sonst war der Patient nie besonders krank gewesen, vor allem keine Neigung zu Katarrhen der Nase.

Stat. präsens: Die innere Partie des oberen rechten Augenlids ist im oberen Orbitalwinkel verwachsen, und aus dieser offen geschwürigen Gegend fliesst durch einen fistulösen Gang, der, wie die Sonde zeigt, nach der Stirnhöhle zuführt, fortwährend Eiter in den Konjunktivalsack. Die Sonde ergibt zugleich die Anwesenheit eines grossen Sequesters, der die relativ enge Fistel nicht passieren konnte. Die Konjunktiva war ein wenig gereizt, aber das Auge in guter Verfassung.

Rhinoskopisch fand ich die korrespondierende sowie die andere Nasenseite völlig normal. Kein Anzeichen eines Nasenkatarrhs, keine Muschelhypertrophie; der mittlere Nasengang ist ziemlich weit ohne eine Spur von Eiter.

Ich erweiterte den äusseren Teil der Fistel und extrahierte den Sequester der allem Anschein nach von dem oberen Winkel der Orbita stammt. Ich kratzte die Granulationen, in die der Sequester eingebettet war, ab und konnte nach Stillung der Blutung konstatieren, dass die ziemlich kleine Stirnhöhle nun weit offen war und mit ihr lagen offen 2 eiternde vordere Siebbeinzellen. Eine Verbindung mit der Nase bestand nicht. Ich behandelte die eiternde Höhle offen, entfernte ein knöchernes Septum, das die Komunikation der Siebbeinzellen unter sich und nach aussen etwas behinderte und konnte so in zirka 20 Tagen die eiterige Sekretion ganz beträchtlich vermindern. Die Höhlenwandungen waren glatt und mit guten Granulationen bedeckt. Die Stirnhöhle war etwas verkleinert und der Rest der früheren Siebbeinzellen bildete eine Art von vorn nach hinten verlaufendes Infundibulum. Die völlige Ausgranulierung der Höhle hätte sicherlich viele Monate gedauert. Es war aber andererseits nicht angezeigt, bei einer Operation nach einer der üblichen Methoden den an sich sehr vorteilhaften, eine Infektion von der Nase aus verhindernden Verschluss der Kommunikation zwischen Nase und Stirnhöhle zu beseitigen. Nebenbei würde sowohl die Killiansche als auch die Lucsche Operationsmethode die Entstellung vergrössert haben.

Ich glaubte eher meine Methode zu Hilfe nehmen zu sollen, da, wie erwähnt, die Kommunikation zwischen Stirnhöhle und den zwei Siebbeinhöhlen einerseits sowie der Nase andererseits aufgehoben war, blieb mir die Herbeiführung dieses, für das Gelingen meiner Methode sehr wichtigen Zustandes erspart. Sobald also die Höhlen gut granulierten wusch ich mit $^1/_2$%-iger Formalinlösung und dann mit Wasserstoffsuperoxydlösung gut aus, trocknete gut mit Watte und sehr heisser Luft (die nicht nur trocknet, sondern auch sterilisiert) und füllte dann die Höhle mit dem Mosetiggemisch aus (Jodoform 60,0, Ol. Sesam. und Walrat aa 40,0). Dieses Gemisch (vom Schmelzpunkt 46°) wurde nach Tindall sterilisiert, bei 50° in einem Kaolingefäss mit Ausguss im Ofen gelassen und dann durch ein sterilisiertes Ohrspekulum eingegossen. Ich zog in diesem Falle das Mosetiggemisch dem Paraffin vor, weil dieses Gemisch leichter einfliesst und daher sich besser an die Konturen der Höhle anschmiegt, ferner weil es mehr Jodoform enthielt und schliesslich leichter durch Bindegewebe ersetzt wird. Denn wie wir aus meinen Hundeexperimenten gesehen haben, wird die ausfüllende Masse nicht einfach wie ein Fremdkörper vom Bindegewebe eingekapselt und bleibt liegen, sondern sie wird zerstört und nach und nach durch Bindegewebe ersetzt, das vom Periost und dem Mark der benachbarten Höhlenränder geliefert wird.

Nach Ausfüllung der Höhle frischte ich die Ränder der konjunktivalen Fistelmündung an und schloss die Fistel durch Tabaksbeutelnaht, die freilich bei der Tiefe des zu schliessenden Loches und den Beziehungen zur Konjunktiva etwas schwierig war. Der ganze Eingriff wurde am sitzenden Patienten und ohne Narkose vorgenommen. Die Schmerzen waren relativ gering. Der Erfolg war glänzend. In 10 Tagen war der Mann geheilt und die Heilung kann jetzt — nach 10 Monaten — als definitiv angesehen werden. Ich habe gerade, weil ich den Patienten noch längere Zeit beobachten wollte, — wie ich das natürlich auch weiterhin tun werde — mit der Veröffentlichung des Falles bis jetzt gewartet.

Überlegungen und Schlüsse.

Analysieren wir kurz die beiden Fälle so haben wir im Falle I einen Kranken arthritischer Konstitution mit enormer Stirnhöhle, enger Nasenhöhle und mit grosser Neigung zu Nasenkatarrhen. Bei diesem Kranken schien keine Verbindung mehr zu bestehen zwischen der erkrankten Stirnhöhle und der Nase; denn bei der Ausspülung der Stirnhöhle drang keine Flüssigkeit in die Nase. Tatsächlich bestand aber doch noch eine, wenn auch minimale und anscheinend nicht immer durchlässige Kommunikation, denn es erschienen wenige Tage nach der Ausfüllung im Nasenschleim gelbliche Partikel, die doch wohl Jodoform gewesen sein mussten. Anfänglich gestaltete sich der Behandlungserfolg sehr gut. In wenigen Tagen und ohne Entstellung trat die Heilung ein. Dieselbe hielt mehrere Monate an, trotzdem der Mann einige Male Schnupfenattacken zu bestehen hatte. Nach vier Monaten aber kam er infolge einer besonders starken, unter erschwerenden Umständen entstandenen, Erkältung zu einem sehr schweren Schnupfen, der zur Infektion der Stirnhöhle führte und damit endgültig den Erfolg der Operation vernichtete. Denn es musste bei der Kürze der Zeit, die seit der Operation vergangen war, und bei der enormen Grösse der Stirnhöhle fast noch alles Paraffin in dieser vorhanden sein und die Höhle als solche musste noch fast in aller Ausdehnung existieren. Wäre statt dessen die Stirnhöhle kleiner und die Zwischenzeit länger gewesen, so dass das Paraffin wenigstens zum Teil resorbiert und durch Bindegewebe ersetzt gewesen wäre, dann hätte, weil dann wohl auch die kleine Kommunikation zwischen Höhle und Nase durch Narbengewebe verschlossen gewesen oder die Höhle als solche oblitteriert gewesen wäre, keine Infektion zustande kommen können und die Heilung wäre zu einer definitiven geworden.

Im zweiten Fall, wo es sich um einen kräftigen gesunden Mann handelte, mit normaler Nasenhöhle, keinerlei Neigung zu Erkältung und bei dem die relativ kleine eiterig entzündete Stirnhöhle sicherlich nicht mit der Nase kommunizierte — es drang weder bei den Spülungen jemals Wasser in die Nase, noch liess sich jemals trotz

häufiger und massiger Einblasung von Jodoform solches in der Nase nachweisen — war der Erfolg meiner Methode ein glänzender und dauernder.

Meine Experimente an Hunden zeigen, dass die Ausfüllungsmasse nicht eingekapselt, sondern nach und nach durch die Tätigkeit der Phagozyten resorbiert und durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt wird, ein Prozess, der desto rascher erfolgt, je kleiner die Stirnhöhle und je jünger das betreffende Individuum ist.

Von den beiden mit meiner Methode behandelten Fällen heilte der zweite völlig und dauernd aus. Im ersten Fall entstand nach vier Monaten ein Rezidiv, das den Erfolg vernichtete. Wenn in diesem Falle vor der Ausfüllung die Kommunikation zwischen Stirnhöhle und Nase verschlossen und damit eine Reinfektion von der Nase aus unmöglich gewesen wäre, oder wenn wenigstens, selbst bei Offenbleiben dieser Kommunikation, die Infektion der Nase mit der daraus folgenden Reinfektion der Stirnhöhle erst nach 2—3 Jahren erfolgt wäre, d. h. wenn Zeit genug gewesen wäre, zur Ausfüllung der Höhle durch neugebildetes Bindegewebe, dann wäre eben keine oder nur eine sehr geringfügige Höhle mehr dagewesen, die gegen den Ductus nasofrontalis durch ein dickes Narbengewebe abgeschlossen gewesen wäre, und es hätte dann die Infektion gar nicht bis in die kleine Resthöhle vordringen können. Wenn es auch nicht gelingt mit Auskratzung und nachfolgender offener Behandlung einer Stirnhöhle das Epithel der Schleimhaut völlig zu vernichten, so wird man doch stets einen guten Erfolg erzielen, sobald die Ausfüllungsmasse nicht eingekapselt, sondern langsam aufgelöst und durch Bindegewebe ersetzt wird. Die Hauptsache ist nur, dass zwecks Verhütung einer Reinfektion die Kommunikation nach der Nase zu künstlich vor der Ausfüllung (was am sichersten ist) oder nach derselben auf natürlichem Wege durch Narbengewebe aufgehoben wird. Das neugebildete Bindegewebe wird überdies die Höhle nach und nach bis zur völligen Obliteration verkleinern. Falls sich aus stehengebliebenen Epithelresten auch wirklich neues Epithel bilden sollte wird die Höhle wenigstens sehr stark reduziert und durch Narbengewebe von dem Ductus nasofrontalis völlig abgeschlossen. Um übrigens sicher zu sein, dass wirklich das Epithel und die erkrankte Schleimhaut völlig vernichtet ist, dürfte es sich empfehlen, statt auszukratzen, lieber die Schleimhaut vom Knochen abzulösen und in toto zu entfernen.

Schlüsse.

Nach den Ergebnissen meiner Experimente, nach meinen klinischen Erfahrungen und nach meinen auf diesen basierten Überlegungen

dürfte es ratsam sein, nur jüngere Individuen oder Erwachsene mit kleineren Stirnhöhlen mit meiner Methode zu behandeln, unter Ausschliessung von — im übrigen seltenen — sehr grossen Stirnhöhlen. Will man auch in derartigen Fällen (mit sehr grossen Stirnhöhlen) meine Methode anwenden, so muss man vor der Ausfüllung die eiternde Höhle längere Zeit offen behandeln, bis sie sich durch neugebildetes gesundes Bindegewebe merkbar verkleinert hat. Es ist dann sicher keine Kommunikation zwischen Stirnhöhle und Nase mehr vorhanden und für die jetzt kleinere Höhle darf ein desto besseres Resultat der Ausfüllung erwartet werden.

Man wird gut tun, die Methode stets in zwei Akten auszuführen und erst sozusagen die endonasale Toilette vorauszuschicken, d. h. man wird eventuell Polypen oder Muschelaffektionen entfernen und eventuelle Siebbeineiterungen zur Heilung bringen. Auch eventuelle Eiterungen anderer Nebenhöhlen wird man zunächst beseitigen.

Die zwei Operationsakte sind:

1. Die Eröffnung der Stirnhöhle durch die vordere Wand hindurch bei einer Ausdehnung, die alle, selbst die entferntesten Buchten, zu erreichen gestattet. Daran schliesst sich die Eröffnung der vordersten oder aller vorderen Siebbeinzellen durch die Stirnhöhle hindurch. Darauf Auskratzung und ausgiebige Desinfektion der eiternden Höhlenwandungen und auch des Ductus nasofrontalis. Die eröffnete Höhle wird dann offen weiterbehandelt; jeden Tag desinfiziert und kauterisiert, speziell in der Gegend der Mündung des Ductus nasofrontalis und an den am meisten lädierten Stellen der Wände; schliesslich wird gut mit Gaze tamponiert. Nach 14 Tagen, höchstens 4 Wochen dieser Behandlung, wenn die Verbindung zwischen Stirnhöhle und Nase völlig und dauernd mit Narbengewebe verschlossen ist, die Stirnhöhle selbst sich durch junges Bindegewebe verkleinert hat und gut granuliert, dann geht man zum zweiten Akt über.

Dieser zweite Akt wird am besten wie folgt ausgeführt: Schon 4—5 Tage vor der Ausfüllung beginnt man damit, täglich die Stirnhöhle mit Wasserstoffsuperoxydlösung zu desinfizieren und mit Jodoform zu bepudern. Kurz vor der Ausfüllung selbst, wäscht man nochmals mit warmer steriler physiologischer Kochsalzlösung und dann mit steriler Formalinlösung 1:300 aus; eventuell schliesst man noch eine Wasserstoffsuperoxydspülung an. Die Wände werden mit steriler Gaze und Watte mittelst Watteträgers getrocknet und schliesslich, falls ein entsprechender Apparat zur Verfügung steht, noch mit sehr heisser Luft nachgetrocknet und damit zugleich die Sterilisierung der Höhle noch mehr gesichert.

In die derart vorbereitete Stirnhöhle giesst man durch ein sterilisiertes Ohrspekulum die geschmolzene Ausfüllungsmasse, die in einem Ofen bei 50—55° bereit gehalten wird. Man giesst am besten ganz langsam, um zunächst nur den Boden der Höhle auszufüllen und sich zu vergewissern, dass beim Weitergiessen auch die Luft genügend entweicht. Als Füllmasse verwendet man am besten die Mosetigmischung Nr. 2 (Sesamöl und Walrat je 40,0 Jodoform 60), weil diese leicht flüssig ist und einen starken Jodoformzusatz enthält, auch das Sesamöl die Knochenregeneration anregen soll. Das Mosetiggemisch I — aus Blei und Jodoform — ist in der allgemeinen Chirurgie verlassen worden, da es sich nicht durch Bindegewebe ersetzt, sondern als Fremdkörper, der immer reizt, liegen bleibt. Das Mosetiggemisch wird erst nach Tindall in einem Porzellangefäss sterilisiert.

Wenn man sich überzeugt hat, dass die Höhle vollständig von der Mischung ausgefüllt ist, näht man nach Anfrischung der Wundränder den Hautlappen, legt aber zur Sicherheit in dem abhängigsten offen gelassenen Wundwinkel einen schmalen täglich zu wechselnden Gazestreifen ein.

Geht man in dieser Weise vor, dann dürfte man in den allermeisten Fällen ein sehr gutes Resultat erzielen: eine relativ rasche und von keiner Entstellung begleitete Heilung, die keine Gefahr einer Reinfektion in sich trägt, eine Gefahr, die nach Killianscher Operation dem Patienten immer droht.

Sollte schliesslich mit meiner Methode wirklich keine Heilung zu erzielen sein und infolge ungenügender Asepsis oder aus anderen technischen oder sonstigen Gründen die eiterige Sekretion nicht aufhören, so braucht man wegen der Ausfüllungsmasse in der Stirnhöhle sich keine Sorge zu machen. Dieselbe wird nach und nach in kleinen Partikeln durch den offengelassenen Wundwinkel mit dem Sekret entleert und wirkt unterdes immerhin als antiseptische Tamponade der Höhle. Derselben Überzeugung haben kürzlich auf dem französischen Chirurgenkongress im Oktober 1908 mehrere Chirurgen Ausdruck gegeben (Delangre, Broca), die mit gutem Erfolg die Ausfüllung eiternder Knochenhöhlen mit Mosetigmischung versucht haben. Fall I und das Experiment bei Hund 3 bestätigen diese Anschauung.

Falls man sich überzeugen muss, dass nach Anwendung meiner Methode eine Heilung nicht zu erhoffen ist, wird man die Höhle wieder öffnen, nochmals die Ausfüllung unter verstärkten Versuchsmassregeln wiederholen oder aber nach Killian, Riedel oder nach anderer Methode die Radikaloperation machen oder endlich man wird die Höhlung offen behandeln und nach und nach von Granulationen

ausfüllen lassen, wie Coakley empfiehlt. Diese letzte Behandlungsart wird freilich (wenn es sich nicht um sehr kleine Stirnhöhlen handelt) die Behandlungszeit sehr verlängern. Bei ziemlich grossen oder sogar sehr grossen Stirnhöhlen wird es überhaupt nur sehr schwer oder gar nicht möglich sein, eine völlige Obliteration der Höhle durch Granulation zu erzielen; denn die Bindegewebsbildung von den Stirnhöhlenwänden aus pflegt (wie das im Experiment deutlich zu konstatieren war) recht langsam vor sich zu gehen, insbesondere, wenn es sich um erwachsene und ältere Personen handelt. Demgemäss ist, glaube ich, meine Methode der Coakleyschen weitaus vorzuziehen, denn sie kürzt die Behandlungsdauer ganz wesentlich ab.

Deutsch von Dr. Brühl, Gardone Riviera.

Zur Tuberkulose der Hypophyse.

Von

Dr. Hermann Sommer, Dresden.

Die Literatur über Erkrankungen der Hypophyse ist in den letzten Jahren sehr reichhaltig geworden. Die beobachteten Fälle betreffen fast ausschliesslich Tumoren; von den einfachen Hypertrophien und den gutartigen Adenom- und Zystenbildungen an sind alle Arten Tumoren, die nach der Histologie der Hypophyse möglich sind, bekannt geworden: Lipome, Fibrome, Teratome, Sarkome und Karzinome.

Die Diagnosestellung hat sich an der Hand aller der Fälle recht gut präzisiert. Die Hauptstützpunkte sind die Augenstörungen und hier wieder die bitemporale Hemianopsie durch Druck auf die inneren, gekreuzten Teile des Chiasma. Es bildet sich hieraus Amaurose oder Amblyopie eines oder beider Augen. Neuritis optica ist ein ebenfalls oft vorhandenes, aber nicht so eindeutiges Symptom. Eine seitliche Röntgenaufnahme des Schädels wird in vielen Fällen eine Erweiterung der Sella turcica erkennen lassen. Charakteristisch sind ferner die allgemein trophischen Störungen: die Akromegalie und die vielleicht substituierend für diese eintretende Adipositas universalis. Ob die Hypophysen-Veränderung das primäre, oder ob Hypophysen-Erkrankung und Akromegalie bzw. Adipositas synchrone Störungen sind, ist noch nicht einwandsfrei entschieden.

Weit seltener als über die echten Neubildungen ist über die tertiär-luetischen und die tuberkulösen Veränderungen der Hypophyse geschrieben worden. A. Weichselbaum[1]) betont in seiner Arbeit über die Hypophyse, dass gerade Tuberkulose ungemein selten sei. In gleicher Weise äussert sich Rokitansky[2]).

[1]) Weichselbaum, Virchows Archiv Bd. 75.

[2]) Lehrbuch der pathol. Anat. II.

Bei der Durchsicht der Literatur fand ich nur folgende 3 Fälle:

Im Jahre 1862 veröffentlichte E. Wagner[1]) einen Fall: Ein skrofulöses, schwächliches 13jähriges Mädchen mit Konjunktivitis und Ozäna erkrankt ohne Prodrome akut mit Konvulsionen und Bewusstlosigkeit und stirbt innerhalb 6 Stunden im Sopor. Bei der Autopsie findet sich die Hypophyse in eine halbkirschgrosse, unregelmässig höckerige, gelbliche, feste Geschwulst verwandelt, die nur mühsam aus ihrer Grube entfernt werden kann. Auf dem Schnitt ist sie brüchig, graugelblich, gefässlos. Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine spärliche homogene Grundsubstanz mit gleichmässig verteilten, runden, mittelgrossen Kernen, woraus die Diagnose Tuberkulose gestellt wird. Die weitere Sektion ergibt noch eine allseitige Verwachsung der rechten Lunge.

Beck[2]) beschreibt einen 17jährigen Mann mit Abszessen in der Achselhöhle, der an Sepsis zugrunde ging. Seit 12 Wochen hatte bei diesem Patienten Diplopie bestanden. Der linke Bulbus konvergierte nach innen. Die linke Pupille reagierte zuletzt wenig. Kopfschmerzen, die nach Nasenbluten immer etwas nachliessen, waren gleichzeitig vorhanden. Es fand sich eine tuberkulöse Geschwulst, die von einer festen Kapsel umgeben war; der Sinus sphenoidalis dexter ist durch den Druck eröffnet, doch tritt die Geschwulst nicht in die Höhle ein. Der N. oculomotorius ist nach aussen gedrückt, der Trochlearis weniger, Orbitalis, Abducens, Optikus sind ohne Befund.

Anschliessen möchte ich hier die Beobachtung von Stockert[3]), die einen tuberkulösen Tumor betrifft, der nur von der Gegend der Hypophyse ausging, die Hypophyse verdrängt, sie aber selbst frei lässt, so dass sie sich scharf von ihm abgrenzen lässt. Er ist besonders insofern für meinen eigenen Fall wichtig, weil bei ihm in vivo eine tumorartige Vorwölbung von Walnussgrösse am linken Gaumen bestand, die in die Tonsille und den Nasenrachenraum überging. Die Rachenschleimhaut war leicht ulzeriert. Die klinischen Beschwerden waren zunächst durch die Munderkrankung bedingt. Später war das Sehen auf dem linken Auge (der linke Optikus war bei der Autopsie in den Tumor eingeschlossen) und das Hören schlechter geworden (der Tumor war bis an das linke Os petros. vorgedrungen). Das Periost der Unterfläche des grossen Keilbeinflügels war die eigentliche Ursprungsstelle; von da aus waren die Granulationsmassen in die Fossa sphenomaxill. und die Schläfengrube hineingewachsen.

Diesen 3 Fällen kann ich einen vierten anreihen, den ich in der Sprechstunde des Herrn San.-Rat Dr. M. Mann, Dresden, im Jahre 1907 beobachten konnte.

Frau A. K., 48jährig, hat seit Pfingsten, also seit etwa 6 Wochen über Kopfschmerzen zu klagen. Vor Pfingsten traten die Kopfschmerzen nur bisweilen auf, seit Pfingsten sind sie konstant vorhanden. Sie strahlen vom Hinterkopfe nach der Stirn aus und erstrecken sich hauptsächlich auf die rechte Seite. Sie rauben der Pat. zeitweise den Schlaf. Ohr und Nase sind immer gesund gewesen; insbesondere hat nie Eiterausfluss aus der Nase bestanden.

Bei der ersten Untersuchung am 2. VII. 07 fand sich eine Einziehung beider Trommelfelle; rechts stärker als links; das Gehör für Flüstersprache links auf 4 m, rechts auf 0,5 m herabgesetzt. Also die Symptome des Tubenverschlusses.

1) Arch. der Heilkunde.

2) Ammons Zeitschrift für die Ophthalmologie, 1834, IV.

3) Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1906, V.

Im rechten mittleren Nasengang ein kleiner Polyp, kein Eiter.

Wegen einer Tensor veli palatini-Parese wird der Nasenrachenraum nach Kokainisierung und Vorziehen des Gaumensegels gespiegelt; die hintere Rachenwand springt rechts im Bereich des Nasopharynx vor und legt sich von oben her auf den rechten Tubenwulst. Die rechte Tube wird hierdurch komprimiert. Die Vorwölbung fühlt sich mit der Sonde ziemlich derb an, fluktuiert nirgends und ist von intakter, etwas geröteter Schleimhaut überzogen. Der Hals ist aussen hinter dem rechten Kieferwinkel druckempfindlich.

Das ganze Krankheitsbild macht zunächst den Eindruck einer vom Rachendach ausgehenden Neubildung. Obwohl für Lues klinisch und anamnestisch keine Anhaltspunkte vorliegen, wird ein Versuch mit sol. Kalii jod. 5,0 : 150,0 gemacht.

Einige Tage später berichtet die Pat., dass die Kopfschmerzen etwas geringer seien. Die JK.-Medikation wird darum in derselben Weise fortgesetzt. Am 16. ergibt eine Untersuchung des Nasenrachens: der Tumor ist stark gewachsen, so dass man von der rechten Tube nur noch einen schmalen Saum des Wulstes sieht.

Die Pat. verreist auf einige Wochen und wird am 6. VIII. wieder untersucht. Sie hat offenbar seit 8 Tagen — es bestehen seitdem Doppelbilder — eine linksseitige Abducenslähmung. Die übrigen Hirnnerven sind normal. Die augenärztliche Untersuchung (Dr. Rudolph) ergibt: Abd.-Parese links. Das Sehvermögen beträgt (nach Korrektion der Kurzsichtigkeit des rechten Auges von — 1 D und des myopischen Astigmatismus des linken Auges von —1 D : 1,0 Cyl.) $^2/_3$—1 des normalen.

Am Augenhintergrund ist, von einer etwas verstärkten Füllung der Venen abgesehen, nichts Abnormes.

Am 30. VIII. wird als zufälliger Befund eine rechtsseitige Rekurrensparese festgestellt; sie war zweifellos durch die anthrakotischen Drüsen, die bei der späteren Autopsie gefunden wurden, bedingt und stand in keinem Zusammenhange mit dem übrigen Krankheitsbild. Die JK.-Therapie wird durch Liq. Fowleri ersetzt.

Nun blieb die Pat. mehrere Wochen aus der Behandlung weg und kam am 10. X. 07 wieder, ganz verändert. Sie ist deutlich schwer besinnlich, versteht die gestellten Fragen zwar, fasst sie aber sehr langsam auf. Hierauf beruhen wohl auch die Sprachstörungen, die sie hat. Die meisten Gegenstände benennt sie richtig, aber zögernd und als ob sie sich selber darüber verwunderte. „Das ist doch ein Buch", sagt sie beim Vorzeigen eines Buches. Den Zeigefinger nennt sie Gabelfinger, den 4. Finger zunächst 2. Finger, dann Goldfinger; den Ringfinger Rungfinger.

Da der Zustand sich in der folgenden Nacht stark verschlechterte, bringen die Angehörigen die Pat. am nächsten Tage, 11. X., auf Anraten ins Krankenhaus Friedrichstadt. Dort wird folgender Aufnahmestatus erhoben: Gut genährte Frau in leicht benommenem Zustand. Sie klagt über starke Kopfschmerzen und Schmerzen in der Halswirbelsäule bei Bewegungen. Der Kopf kann aktiv und passiv bewegt werden; es macht sich dabei allerdings ein geringer Widerstand bemerkbar. Druckschmerz im Bereich der Halswirbelsäule nur gering. Der linke N. abd. ist gelähmt, die linke Nasolabialfalte weniger ausgesprochen als rechts. Die Pupillen sind gleichweit und reagieren auf Licht und Akkommodation. Über die Haut- und Sehnenreflexe finde ich in der mir zur Verfügung gestellten Krankengeschichte keine Aufzeichnungen. Lunge, Herz, Abdomen sind o. B.; der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. Temperatur 37,2.

Am 13. X. tritt vollkommene Bewusstlosigkeit mit ausgesprochener Nackenstarre ein. Die Muskeln der Beine sind mässig rigide. Die Atmung ist krampfhaft, röchelnd. Der Puls ist regelmässig, gespannt und macht 130 Schläge in

der Minute. Die Lumbalpunktion entleert unter 300 mm Druck reichlichen, leicht getrübten Liquor, in dem Tuberkelbazillen nicht gefunden werden.

Am 14. hat die Nackenstarre noch mehr zugenommen. Die Lumbalpunktion wird wiederholt; es wird wieder 300 mm Druck abgelesen. Die Bewusstlosigkeit dauert an. Nährklistiere, Kochsalzinfusionen. Die Temperatur schwankte während der kurzen klinischen Beobachtung unregelmässig zwischen 36,4 und 38,0; die Pulsfrequenz war immer hoch; sie hielt sich meist bei 125 Schlägen.

Am 15. X. tritt der Exitus letalis ein.

Unsere frühere Diagnose: Tumor des Rachendachs mit Einbruch in das Schädelinnere war im Krankenhause wegen der vorwiegend zerebralen Symptome und der Unmöglichkeit einer postrhinoskopische Untersuchung in die Diagnose Meningitis basalis tuberculosa abgeändert worden.

Die Autopsie brachte eine unerwartete Aufklärung. Das Protokoll ist mir von Herrn Geheimrat Schmorl zur Einsicht gütigst überlassen worden; über die histologischen Einzelheiten ist eine gesonderte Arbeit aus dem Pathologischen Institut des Krankenhauses Friedrichstadt in Vorbereitung.

Grosse, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande; das Fettgewebe ist überall reichlich entwickelt, die Haut straff gespannt, die Muskulatur kräftig. Das Schädeldach ist mitteldick, Zeichen von Lues fehlen. Die Dura mater ist mässig gespannt, glatt, feucht, die Sinus enthalten flüssiges Blut. An der Hirnbasis fallen längs der Gefässe mehrere graue Knötchen auf. Die Hypophyse ist käsig erweicht und quillt vor. An zwei Stellen dringt durch die perforierte Dura käsige, weiche, helle Masse hindurch. Grosshirnwindungen und Furchen sind von normaler Rundung und Tiefe. Auf der Schnittfläche vereinzelte kleine Blutpunkte, die Rinde von normaler Beschaffenheit und gegen das Mark scharf abgesetzt. Die Ventrikel von normaler Weite, die grossen Ganglien deutlich gezeichnet. Tuberkulose des Keilbeins. An der hinteren Rachenwand steht die vom Keilbein ausgehende Phlegmone dicht vor dem Durchbruch. Herz und grosse Gefässe o. B. Im linken Unterlappen konfluierende pneumonische Herde, die Pleura mit fibrinöseiterigen Auflagerungen bedeckt; mehrere subpleurale Blutungen. Der rechte Mittellappen ist ausserordentlich zusammengeschrumpft infolge stenosierender anthrakotischer Lymphdrüsen an der Basis der zuführenden Bronchien. Zahlreiche Pigmenteinbrüche. Traktionsdivertikel des Ösophagus in Höhe der Bifurkation, ein kleineres an der kleinen Kurvatur, beide durch schrumpfende anthrakotische Drüsen bedingt. Schrumpfnieren. Die Thymus ist bis auf geringe Reste geschwunden, die Schilddrüse ist etwas vergrössert und enthält einige Kolloidzysten.

Die Autopsie zeigte also keinen Tumor der Schädelbasis, sondern eine eiterige tuberkulöse Einschmelzung der Hypophyse, Tuberkulose des Keilbeins und beginnende tuberkulöse Meningitis.

Wie ist dieser anatomische Befund mit dem klinischen in Einklang zu bringen und war diese Diagnose intra vitam zu stellen.

Als die Patientin am 2. Juli 1907 zum ersten Male zur Untersuchung kam, zeigte sich als auffallender Befund eine derbe Vorwölbung vom Rachendach oberhalb der rechten Tube nach abwärts.

Diese Vorwölbung machte durchaus den Eindruck eines Tumors, nach dem Autopsieergebnis war sie bedingt durch eine derbe Infiltration der Weichteile, die allmählich zur Vereiterung kam.

Als vier Wochen später eine linksseitige Abducens-Parese, eine leicht verstärkte Füllung der Netzhautvenen zu konstatieren war, schien die Diagnose Tumor der Schädelbasis noch mehr befestigt, indem zur Erklärung der Symptome ein Einwachsen des Tumors in das Schädelinnere ausreichte.

Acht Wochen hierauf wird die Patientin ins Krankenhaus aufgenommen und dort wird wegen leichter Benommenheit, leichter Nackensteifigkeit, Druckerhöhung im Arachnoidealraum, trübem Liquor cerebrospin., leichter Temperaturerhöhung, hoher Pulsfrequenz die Diagnose Meningitis, und zwar wegen der Augensymptome und des Fehlens von motorischen Reizsymptomen: Meningitis basalis gestellt.

Vergleichen wir diese klinischen Daten mit dem, was die Literatur als pathognomonisch für die Tuberkulose der Hypophyse hinstellt.

Was zunächst das Alter der Patienten anbelangt, so waren die Kranken Wagners, Becks und Stockerts 13, 17 und 22 Jahre alt. Man könnte hiernach zur Anschauung kommen, dass die Tuberkulose der Hypophyse eine Erkrankung des jugendlichen Alters ist. Unsere Patientin lehrt, dass die Tuberkulose der Hypophyse auch ältere Individuen befällt.

Die Dauer der Erkrankung. Bei unserer Patientin hat die Erkrankung vom Entstehen der Kopfschmerzen an gerechnet bis zur letalen Meningitis etwa $^1/_2$ Jahr gedauert. Wenn auch hieraus keine bindenden Schlüsse auf das wirkliche Bestehen der Hypophysen-Veränderung gezogen werden können, so ist der Verlauf doch rasch zu nennen. Das würde mit der Dauer bei den 3 Fällen der Literatur in einem gewissen Einklang stehen. Das Kind, welches E. Wagner beschreibt, starb innerhalb 6 Stunden nach dem Auftreten von Krämpfen; immerhin könnten bei dem jugendlichen Alter vorhergegangene Symptome der Beobachtung entgangen sein. Der 17jährige Patient Becks war etwa 4 Monate, der 22jährige Stockerts $^3/_4$ Jahr krank. Es scheint somit ein rascher Verlauf der Tuberkulose der Hypophyse eigentümlich zu sein, im Gegensatz zu dem meist ausgesprochen chronischen Verlauf der Tumorbildung. Hier sind Beobachtungen bekannt, die 8 Jahre lang Symptome machten, die bereits auf die Veränderung der Hypophyse bezogen werden mussten.

Wie bei den rasch letal verlaufenden Hypophysen-Erkrankungen gewöhnlich, ist es auch in unserem Falle nicht zu Akromegalie gekommen. Als krankhaft könnte man es hingegen bezeichnen, dass bei unserer Patientin trotz der Schwere der Erkrankung und der

andauernden, schlafraubenden Kopfschmerzen der Ernährungszustand, vor allem der Panniculus adiposus, so gut geblieben ist. Es könnte dies als Stütze für die Ansicht Fröhlichs[1]) verwertet werden, dass Fettleibigkeit als Ersatz für fehlende Akromegalie eintreten kann. Allerdings muss man dabei, wie das Bychowski[2]) in der jüngsten Arbeit über eine Hypophysenzyste betont, andere zu Fettansatz disponierende Momente, z. B. die Menopause, berücksichtigen.

Unter den allgemeinen Hirnsymptomen sind Kopfschmerzen ausnahmslos erwähnt. Andauernde Kopfschmerzen waren auch bei unserer Patientin das Übel, das sie zum Arzt geführt hat. Wie gewöhnlich bei endokraniellen Prozessen, so können auch bei den Hypophysen-Erkrankungen Kopfschmerzen eben höchstens als Hinweis auf eine Drucksteigerung dienen. Sonstige Zeichen von Hirndruck waren zur Zeit, als Patientin zum ersten Male untersucht wurde, nicht vorhanden. Später zeigte sich eine leicht vermehrte Füllung der Netzhautvenen beiderseits.

Als lokalisierbare Hirnsymptome sind für die Tumoren der Hypophyse, wie ich eingangs schon erwähnte, die bitemporale Hemianopsie und die Neuritis optica charakteristisch. Bei den beiden klinisch daraufhin untersuchten Fällen von Tuberkulose und dem unserigen fehlen sie. Der 22jährige Mann Stockerts litt an einer linksseitigen Amblyopie: der linke Nervus opticus war durch die tuberkulöse Wucherung umwachsen; bei dem Patienten Becks war Strabismus convergens vorhanden Bei unserer Patientin war das einzige lokalisierbare Symptom die im Verlauf der Erkrankung auftretende linksseitige Abducens-Parese. Diese isolierte Abducens-Parese ist schwer als Drucksymptom von seiten der tuberkulösen Hypophyse anzusprechen. Es ist nicht denkbar, dass dann der Opt., der Okulomot. und der Trochl. derselben Seite nicht eher komprimiert worden seien. Bei der Vulnerabilität des Nervus abducens ist die Parese vielleicht als toxisch aufzufassen. War bei den zwei Fällen der Literatur immerhin noch in der Optikus- und der Okulomot.-Kompression ein Symptom vorhanden, das auf einen pathologischen Prozess in der Nähe der Sella turcica hätte hinweisen können, so fehlte uns jeder Anhalt hierfür. Es war somit auch nicht der Gedanke aufgekommen, eine Röntgenaufnahme der Sella turcica machen zu lassen. Ob diese Aufnahme ein verwertbares Resultat ergeben hätte, ist zudem noch fraglich.

Auch für die Tuberkulose des Keilbeins, die bei der Sektion gefunden wurde, waren in vivo keine eindeutigen Zeichen vorhanden.

1) Wiener klin. Rundschau 1901.

2) Deutsche med. W. 1909. 36.

Bei der ersten Untersuchung fanden wir im rechten mittleren Nasengang ganz vorn einen kleinen Schleimpolypen. Eiter war niemals, weder durch Rhinoscopia auterior, noch durch Rhinosc. post. und Rhinosc. media bei wiederholten Untersuchungen zu finden, obwohl wir Verdacht auf Nebenhöhleneiterungen hatten und immer besonderes Augenmerk darauf legten. Die Phlegmone am Rachendach, die zweifellos von der Tuberkulose des Keilbeins ausgegangen war, hielten wir ihrer ganzen Form und Konsistenz nach für einen Tumor, der von der Gegend des Keilbeins ausgegangen war. Ob die Tuberkulose übrigens zuerst die Hypophyse oder das Keilbein oder beide gleichzeitig befallen hatte, ging aus dem Sektionsbefund nicht hervor.

Als Abschluss dieser kasuistischen Mitteilung möchte ich an der Hand meines eigenen Falles und der Erfahrungen der Literatur die Pathologie der Hypophysen-Tuberkulose in folgende Sätze zusammenfassen:

Die Hypophyse kann, wie alle drüsigen und drüsig-nervösen Organe (Nebenniere) von Tuberkulose befallen werden. In unserem Falle war sie makroskopisch die einzige tuberkulöse Lokalisation im Körper; es ist allerdings mikroskopisch nicht nach Tuberkulose-Entwicklung in den anthrakotischen Drüsen gesucht worden. Meist werden jedenfalls Lungen oder andere Organe ebenfalls Tuberkulose aufweisen. Sie kann weiterhin mit Tuberkulose des Keilbeins kombiniert sein.

Die Tuberkulose der Hypophyse ist, wenn man in einer Statistik sämtliche veröffentlichte Beobachtungen über Hypophysen-Erkrankungen zusammenstellt, im Verhältnis zu den Tumoren ungemein selten.

Die Symptome sind, weil es kaum zu einer eigentlichen Grössenzunahme und somit auch nicht zu Druck auf das Chiasma und den Nervus opticus kommt, nicht so markant wie bei Tumoren. Bei dem raschen Verlauf der Erkrankung ist die Ausbildung von Akromegalie nicht beobachtet.

Die Diagnose am Lebenden wird nach alledem nur in Ausnahmefällen möglich sein.

Der Nachweis einer entzündlichen Schwellung am Rachendach kann ein Hinweis für eine tuberkulöse Erkrankung des Keilbeinkörpers sein und wäre immerhin imstande, den Verdacht auf die Hypophyse zu lenken. Unser Fall ist bisher der einzige, bei dem der Nasenrachen spezialistisch untersucht worden ist. Es wäre interessant und wünschenswert, in allen Fällen, bei denen ein Verdacht auf eine Erkrankung der Hypophyse vorliegt, eine sorgfältige Rhinoscopia post., am besten bei kokainisiertem und vorgezogenem weichem Gaumenzu machen.

Der Exitus letalis pflegt durch eine Meningitis basalis zu erfolgen.

Die direkte Untersuchungsmethode des Larynx und Ösophagus in der Praxis.

Von

Dr. med. Rob. Neuenborn, Crefeld.

Mit 1 Tafel.

Im Jahre 1903 lernte ich gelegentlich einer militärärztlichen Übung in Freiburg i. B. durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Dr. Killian sowie seines damaligen I. Assistenten Herrn Dr. von Eicken die mir neue Ösophaguskopie sowie Bronchoskopie kennen. Ich interessierte mich sehr für diese neue Untersuchungsmethode und sollte auch bald zu Hause Gelegenheit finden, dieselbe praktisch zu betätigen.

Im August 1903 konsultierte mich eine Kaufmannsfrau E. aus Emmerich, welche über ganz eigentümliche Beschwerden klagte. Es war eine schwächliche, blass aussehende Dame von 38 Jahren, welche fast regelmässig, wie die Angehörigen behaupteten, während des Essens Anfälle bekam. Sie wurde alsdann vollständig blau, fing an zu würgen und zu husten, glaubte ersticken zu müssen, und hatte nicht früher Ruhe, als bis sie den grössten Teil der genossenen Speisen wieder von sich gegeben hatte. Die Patientin hatte schliesslich vollständige Angst, irgend etwas zu geniessen. Ihr Mann gab ferner an, dass er schon eine ganze Reihe von Kollegen dieserhalb konsultiert hätte, fast überall wurde ihm gesagt, dass seine Frau eine schwere Hysterika sei.

Äusserlich konnte ich nichts feststellen. Bei Einführung einer Magensonde gelangte ich glatt in den Magen, ohne auf irgend ein Hindernis zu stossen. Ich sprach auch zunächst die Vermutung aus, dass die Anfälle wohl hysterischer Natur seien, bestellte die Frau aber nach einigen Tagen zur abermaligen Untersuchung zurück. Schon nach 3 Tagen erschien sie wieder in meiner Sprechstunde mit der Angabe, dass die Anfälle gerade in diesen letzten Tagen äusserst stark gewesen wären.

Ich entschloss mich, die Osophagoskopie auszuführen, was mir nach einigen Misserfolgen schliesslich gelang, da die Zähne des Ober-

kiefers vollständig fehlten. Nachdem ich den Rachen bis zum Epipharynx mit Alypin anästhesiert hatte, führte ich zunächst einen Röhrenspatel bis in den Epipharynx vor und durch denselben ein dünneres Ösophagusrohr. Als ich ca. ein Drittel der Speiseröhre passiert hatte, stiess ich auf Widerstand. Es war mir unmöglich, das Rohr weiter vorzuschieben. Ich zog jetzt, stets bemüht, durch eine Kirsteinsche Stirnlampe gutes Licht zu haben, vorsichtig das Rohr zurück und gewahrte sehr bald, dass ich mich in einem Sack befunden hatte, dessen Ränder sich sofort schlossen, als ich wieder im Ösophagus war. Ich konnte alsdann glatt die Speiseröhre bis zur Tiefe weiter passieren. Meine Diagnose lautete auf Speiseröhrendivertikel. Ich überwies die Patientin der chirurgischen Klinik in Bonn, habe aber leider über das Endresultat keine Nachricht erhalten.

Durch diesen Erfolg ermutigt, fing ich an, mich im Gebrauch des Röhrenspatels besonders zu üben, so dass es mir bald leicht wurde, in den Kehlkopf, wie in die Speiseröhre zu gelangen, speziell wenn die vorderen Schneidezähne im Oberkiefer fehlten oder sonst eine Zahnlücke in demselben vorhanden war. Schwierigkeiten hatte ich stets, wenn ein vollständiges Gebiss da war. Mitunter war es mir in solchen Fällen unmöglich, Kehlkopf und Speiseröhre direkt zu besichtigen.

In diesem Jahre war es mir vergönnt, drei Fälle von Ösophaguskarzinom direkt zu sehen.

Den ersten Fremdkörper der Speiseröhre sah ich im Januar 1904. Kollege Dr. G., damals in Solingen tätig, sandte mir einen jungen Kaufmann von 28 Jahren zu, welcher angab, aus Versehen einen Hosenknopf verschluckt zu haben, der in der Speiseröhre unterhalb des Kehlkopfes sitzen müsse, da er dort einen unerträglichen Druck verspüre, der ihn sehr quälte und ihm das Essen erschwerte.

Nach Anästhesierung des Rachens versuchte ich wieder mit dem Röhrenspatel in den Epipharynx zu kommen, was mir viel Schwierigkeiten machte, da Patient sämtliche Zähne besass, sehr viel würgte und sehr unruhig war. Als es mir endlich gelang, durch den Spatel ein Rohr in den Anfangsteil der Speiseröhre vorzuschieben, stiess ich auf einen festen Körper. Als ich denselben zur Extraktion mit der Fremdkörperzange einstellen wollte, glitt derselbe bei einer Würgbewegung in die Tiefe, und ich bekam denselben nie mehr zu Gesicht. Ich legte den Patienten in das Krankenhaus, woselbst ihm eine Portion Rizinusöl verabfolgt wurde, und noch am selben Abend kam der Hosenknopf auf natürlichem Wege zum Vorschein.

In diesem Falle gelang mir zwar zu meiner grossen Enttäuschung die Extraktion des Fremdkörpers nicht, doch hatte ich immerhin die Genugtuung, auf denselben unter schwierigen Verhältnissen gestossen zu sein.

Auch im folgenden Falle war es mir nicht vergönnt, den Fremdkörper aus der Speiseröhre zu entfernen. Der Fall ist jedoch meiner Meinung nach interessant genug, um ihn hier zu erwähnen.

Im September 1904 konsultierte mich eine 48jährige Handwerkerfrau F. aus Krefeld mit der Angabe, dass sie in der Nacht ihr Gebiss verschluckt hätte. Patientin klagte über Schmerzen in der Höhe des Brustbeins, sie gab ferner an, dass sie weder essen noch trinken könne. Ich sondierte zuerst vorsichtig und kam ohne Widerstand in den Magen, weshalb ich von der Ösophaguskopie Abstand nahm. Zur Beruhigung der Frau riet ich derselben, eine Durchleuchtung vornehmen zu lassen. Der Oberarzt des städtischen Krankenhauses, Herr Dr. Erasmus, sondierte zuerst mit demselben Erfolge wie ich. Auch bei der Durchleuchtung konnten wir nichts Positives feststellen, so dass wir annahmen, dass die Frau nur aus Ängstlichkeit alle Beschwerden zu fühlen glaubte. Wir beruhigten die Frau und entliessen sie. Schon am nächsten Tage stellte sie sich wieder bei mir ein und sagte, dass sie die ganze Nacht nicht habe schlafen können, die Schmerzen wären sehr gross gewesen, besonders beim Schlucken, sie hätte weder etwas Festes noch etwas Flüssiges bis jetzt geniesen können.

Jetzt entschloss ich mich zur direkten Besichtigung der Speiseröhre, welche mir verhältnismässig leicht gelang, da eine grosse Zahnlücke im Oberkiefer vorhanden war. Ich führte durch den Röhrenspatel eine Röhre vorsichtig in den Ösophagus vor und konnte bald den Fremdkörper entdecken, stand aber von einer Extraktion ab, da ich Angst hatte, Nebenverletzungen zu machen. Der Mann der Frau gab mir nämlich an, dass die Gaumenplatte an einer Seite mehrere Zähne, am anderen Ende aber eine spitze Klammer habe, welche zur besseren Befestigung des künstlichen Gebisses um einen Zahn herumgelegt war. Ich begab mich mit der Frau wiederum zum städtischen Krankenhause. Es wurde eine Röntgenphotographie angefertigt, und jetzt konnte man deutlich an der von mir bezeichneten Stelle das Gebiss erkennen. Herr Sanitätsrat Dr. E. entfernte dann am nächsten Tage durch den Speiseröhrenschnitt die Platte, der Wundverlauf war glatt und die Patientin konnte nach drei Wochen geheilt entlassen werden.

Bei dem folgenden Falle hatte ich zum ersten Male die Genugtuung, den Fremdkörper glücklich vom Munde aus ans Tageslicht zu befördern.

Am 2. Osterfeiertage 1906 kam die 31 Jahre alte Lehrersfrau H. zu mir mit der Angabe, dass sie soeben beim Mittagessen in einem benachbarten Hotel ein Knochenstück von einem Hähnchen verschluckt habe, welches in der Speiseröhre unterhalb des Kehlkopfes stecken geblieben sei. Es wäre ihr unmöglich gewesen, irgend welche Speisen weiter zu sich zu nehmen, da sie bei jedesmaligem Schlucken heftige Schmerzen verspüre.

Ich ging mit dem Röhrenspatel wiederum in den Anfangsteil der Speiseröhre ein, was mir sehr viel Mühe verursachte, da Patientin

sehr ängstlich war und fortwährend würgte. Schliesslich aber stiess ich mit der Spitze des Spatels auf einen festen Körper und bei genauem Zusehen stellte ich fest, dass ich das bewusste Knochenstück vor mir hatte, trotzdem war die Entfernung nicht leicht, da ich den Fremdkörper durch die vielen Würgbewegungen immer wieder aus den Augen verlor. In einem günstigen Momente konnte ich denselben mit einer gerade gebogenen Schmidtschen Kehlkopfzange fassen und gleichzeitig mit dem Röhrenspatel durch den Mund entfernen. Es war ein dreieckiges Knochenstück vom Brustbein eines Hähnchens, dessen grösste Länge 2,3 cm war, die grösste Breite war 1,6 cm. Die Spitze des Knochens hatte sich in die Speiseröhre eingebohrt. Bei der Extraktion kamen einige Tropfen Blut, sonst aber fühlte sich Patientin direkt frei von allen Beschwerden.

Den nächsten Fremdkörperfall bekam ich im August 1907.

Ein 54 Jahre alter Kaufmann M. aus Kaldenkirchen kam nachmittags in meine Sprechstunde und sagte, dass er plötzlich beim Mittagessen einen heftigen Schmerz im Halse verspürt habe. Bei dem geringsten Schlucken steigerten sich diese Schmerzen, ausserdem habe er einen permanenten Hustenreiz, er gebe sich aber alle Mühe, den Husten zu unterdrücken; seine Frau, die bei ihm war, machte alle Angaben, da er selbst seit jener Zeit nicht sprechen könne. Auf Anraten seines Hausarztes kam er direkt zu mir. Man sah es dem Patienten an, dass er mit aller Macht gegen den Husten ankämpfte. Er hatte zum Mittagessen Erbsensuppe und Wurst zu sich genommen, was er verschluckt haben könne, konnte er nicht angeben.

Ich untersuchte zunächst mit dem Kehlkopfspiegel, ohne irgend etwas entdecken zu können. Jetzt nahm ich wieder den langen Röhrenspatel und ging zunächst in den Kehlkopf ein. Hier glaubte ich, unterhalb der Stimmbänder etwas Blankes zu sehen. Von hier aus ging ich in den Anfangsteil des Ösophagus ein und glaubte ebenfalls etwas Glänzendes zu bemerken. Ich schloss daraus, dass es eine Nadel sein müsse und versuchte jetzt den Anfangsteil derselben aufzusuchen. Ich ging mit dem Spatel aus der Speiseröhre heraus und leuchtete die Seitenteile des Kehlkopfes ab, links seitwärts der Epiglottis gewahrte ich nach längerem Suchen den oberen Teil der Nadel. Durch Drehungen mit dem Röhrenspatel gelang es mir endlich, das Ende der Nadel in die Röhre hineinzubekommen und samt dem Spatel wiederum mit der gerade gebogenen Schmidtschen Zange herauszubekommen. Es war eine kräftige 5 1/2 cm lange Stopfnadel, welche wahrscheinlich in der Erbsensuppe gewesen war. Dieselbe war von links vorne eingedrungen und hatte sowohl Trachea wie Ösophagus schräg von oben nach unten durchbohrt. Der Patient konnte direkt nach der Entfernung sprechen, spürte keine Schmerzen und keinen Reiz mehr, der Verlauf war vollständig normal.

Im April 1908 wurde mir das 3 jährige Mädchen des Anstreichermeisters P. aus Krefeld von den Kollegen Dr. Scheffler und Dr. Dhein zugeschickt behufs Extraktion zweier 10 Pfg.-Stücke, welche Patientin am 28. März verschluckt hätte; beide wären im Anfangsteil der Speiseröhre stecken geblieben, das Kind hätte keine Speise zu sich genommen und über starke Schmerzen geklagt. Herr Dr Scheffler hatte eine Durchleuchtung vorgenommen und mir auf der Wirbelsäule mit Blaustift die Stelle markiert, an der die Fremdkörper sitzen sollten. Es war dies der siebente Tag nach dem Verschlucken.

Wir narkotisierten das Kind ziemlich tief, ich ging wieder mit dem Röhrenspatel in die Speiseröhre ein, was verhältnismässig sehr leicht war, aber hierbei geschah es, dass das Kind fast dem Ersticken nahe war, es wurde vollständig blau und hörte auf zu atmen, so dass ich gezwungen war, den Spatel herauszunehmen. Dies wiederholte sich fast regelmässig, sowie ich mit der Röhre hinter den Kehlkopf kam. Es war mir klar, dass ich bei meinen Manipulationen den jugendlich weichen Kehlkopf zusammendrückte. Als ich ca. 1/2 Stunde vergeblich nach den Geldstücken gesucht hatte, nahm ich an diesem Tage Abstand von weiteren Versuchen. Ich hatte zwar im Moment ein Geldstück in der Tiefe gesehen, musste aber der Erstickungsgefahr wegen jeden Versuch, den Fremdkörper richtig einzustellen, aufgeben. Wir machten sodann eine Röntgenphotographie (s. Tafel Fig. 1), und nach weiteren sechs Tagen ging ich wiederum daran, das Geldstück zu entfernen. Trotz der Angabe der Eltern, nahm ich nur ein Geldstück bei dem Kinde an. Wir machten diesmal die Narkose nur ganz oberflächlich. Es gelang mir schliesslich die Extraktion eines 10 Pfg.-Stückes. Ich war froh, als ich dasselbe glücklich heraus hatte, und gab mir gar keine Mühe, noch nach einem zweiten zu suchen. Wir durchleuchteten sofort und mussten wahrnehmen, dass trotzdem noch ein zweites Geldstück in der Speiseröhre festsass. Ich wollte die Extraktion sofort vornehmen, was die Eltern leider nicht zugaben. Erst nach weiteren drei Tagen gelang mit ganz oberflächlicher Narkose die Entfernung des zweiten Stückes sehr leicht.

Am 10. April 1909 wurde mir von einem Kollegen ein 40 jähriger Arbeiter aus Issum zugesandt, der seit 3 Tagen über heftige Halsschmerzen klagte. Anamnestisch gab der Patient an, dass ihm der Hals immer stark geschwollen sei, dass er keine Speisen, selbst nicht Flüssigkeiten zu sich nehmen könne. Er gab die Möglichkeit zu, einen Fremdkörper verschluckt zu haben, der irgendwo im Halse stecken geblieben wäre.

Bei der Spiegeluntersuchung sah man eine starke, ödematöse Schwellung der rechten Seite des Kehldeckels, die Falte zwischen Kehldeckel und Zungengrund war verstrichen, die ganze Umgebung hochrot. Von einem Fremdkörper konnte ich bei der Untersuchung

nichts entdecken. Ich anästhesierte den ganzen Rachen und Kehlkopf vermittelst Alypin und suchte die Partie am Zungengrunde mit dem langen Röhrenspatel ab.

Nach längerem Suchen entdeckte ich in der Mitte des Kehldeckels am Zungengrunde ungefähr 1 mm aus der ödematösen Schwellung hervorragend, eine grauweissliche Spitze, die sich bei der Entfernung mit der Brüningsschen Fremdkörperzange als eine über 2 cm lange Fischgräte herausstellte. Alle Beschwerden gingen in einigen Tagen zurück.

Einen ferneren Fremdkörperfall bekam ich am 18. Juni 1909 zur Beobachtung. Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben aus Budberg, der mir von einem auswärtigen Kollegen zugeschickt worden war. Der Junge hatte drei Tage vorher eine Spielmarke aus Blech, ungefähr in der Grösse einer Mark verschluckt, welche ihm in der Speiseröhre steckengeblieben sei. Als Sitz gab der Junge die Gegend unterhalb des Kehlkopfes an.

Flüssigkeiten konnte der Patient gut schlucken, feste Speisen nahm er nicht zu sich, da er behauptete, dass dieselben ihm Schmerzen verursachten.

Ich liess eine Röntgen-Photographie anfertigen, die den Fremdkörper ungefähr in Höhe des Ringknorpels deutlich zeigte (s. Tafel Fig. 2). Wir narkotisierten den Knaben nur oberflächlich, ich ging mit dem Röhrenspatel in die Speiseröhre ein, was sehr schwierig war, weil der äusserst unruhige und sich wehrende Patient fortwährend würgte.

Mit der Spitze des Spatels berührte ich mehrere Male den Fremdkörper, ich bekam denselben auch einige Male gut zu Gesicht, aber richtig einstellen konnte ich ihn nicht. Mit der Brüningsschen Fremdkörperzange versuchte ich den Fremdkörper zu fassen, leider stiess ich gerade bei einer heftigen Würgbewegung auf die Blechmarke ziemlich fest auf und in diesem Moment entglitt das Corpus alienum in die Tiefe und wurde nicht mehr gesehen. Ich nahm darauf Abstand von weiteren Extraktions-Versuchen und entliess den Patienten.

Am nächsten Tage wurde eine weitere Röntgenaufnahme gemacht, ohne dass man einen Schatten auf der Platte wahrnehmen konnte. Der Fremdkörper war verschwunden und kam am nächsten Tage per vias naturales zum Vorschein. Die Blechmarke hatte ich also bei der Würgbewegung heruntergestossen.

Seit August 1903 habe ich mich recht häufig geübt, den Kehlkopf sowie die Speiseröhre direkt zu besichtigen, teils zu diagnostischen Zwecken, teils aber auch um mehr Fertigkeit in der Untersuchungsmethode zu erlangen. Ich verwandte dazu stets einen Röhrenspatel von etwas über 17 cm Länge und 11 mm Durchmesser.

Das vordere Ende ist sehr weit abgeschrägt und etwas nach hinten gebogen. Ich ging nach ordentlicher Anästhesierung des Rachens und des Kehlkopfes zunächst stets in den Kehlkopf ein und von da weiter in den Anfangsteil des Ösophagus. Wollte ich die tieferen Teile desselben besichtigen, so benutzte ich den Röhrenspatel als Führungsteil und schob durch die Röhre eine dünnere Ösophagusröhre vor. Alle Fremdkörper, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, waren im Anfangsteil des Ösophagus in der Höhe etwa des Ringknorpels gelegen, nur im Fall 3 traf ich den Fremdkörper tiefer vor. Ich konnte infolgedessen mit meinem langen Röhrenspatel jedesmal beinahe direkt an den Fremdkörper gelangen.

Ich untersuchte fast stets in sitzender Stellung des Patienten, einige Male auch in liegender. In letzterer Lage gelang es mir leider nie, direkt in die Speiseröhre zu gelangen. Ich habe mit Alypin und Suprarenin den Rachen sowie Kehlkopf und Anfangsteil der Speiseröhre anästhesiert und hierauf die Untersuchung vorgenommen, nur im Falle 5 und 7 narkotisierte ich. Ich machte dabei die Erfahrung, dass ich in oberflächlicher Narkose viel leichter zum Ziele gelangte als in tiefer. Bei Fall 5 war es sehr störend, dass der jugendliche Kehlkopf beim Vorschieben des Röhrenspatels sich von hinten nach vorn zusammendrücken liess, so dass starke Erstickungsanfälle eintraten. Zur Beleuchtung verwandte ich die Kirsteinsche Stirnlampe, die mir nur dann lästig durch die Hitze wurde, wenn ich sie längere Zeit gebrauchte, um zum Ziele zu gelangen. Die neue Lampe und Beleuchtungsart nach Brünings hat wesentliche Vorteile und erleichtert die Untersuchung ganz erheblich. Zur Extraktion benutzte ich in den ersten 5 Fällen die Schmidtsche Kehlkopfzange, welche ich mir gerade bog, da mir kein anderes Instrument anfangs zur Verfügung stand, bei Fall 6 und 7 die Brüningssche Fremdkörperzange.

Die Ösophaguskopie ist meiner Meinung nach gut und verhältnismässig leicht auszuführen, wenn die oberen Schneidezähne fehlen oder sonst eine Zahnlücke im Oberkiefer ist. Dieselbe kann jedoch sehr schwierig werden und ist unter Umständen gar nicht auszuführen, wenn sämtliche Zähne im Oberkiefer vorhanden sind. Wenngleich die Fremdkörper des Ösophagus sowie der Bronchien nicht häufig zur Beobachtung kommen, so halte ich diese neue Untersuchungsart doch für so ungemein wichtig, dass jeder Laryngologe sich dieselbe zu eigen machen sollte. Bei einigem Geschick und fleissiger Übung, namentlich auch, nachdem Brünings seine vorzüglichen Instrumente hierfür herausgegeben hat, ist dieselbe nicht so schwierig zu erlernen, wie es anfangs den Anschein hat.

Zwei kasuistische Beiträge für die Wichtigkeit der direkten Rohruntersuchungen.

Von

Dr. Leo Hirschland,

Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Halsleiden in Wiesbaden.

I.

Im folgenden möchte ich zunächst einen Fall mitteilen, der nach seinem Verlaufe und nach seiner schliesslichen Erklärung geeignet sein dürfte, das Interesse der Fachgenossen zu erregen und gleichzeitig zu zeigen, wie es in geeigneten Fällen möglich ist, mit der Methode der direkten Rohruntersuchungen Vorgänge zu beobachten, die wir bisher nur auf Grund von Schlüssen als richtig annehmen konnten.

Hermann v. Schrötter hat in seiner Klinik der Bronchoskopie in dem grossen der Tuberkulose gewidmeten Kapitel bereits gesagt und auch gezeigt, dass unter besonders guten Umständen es möglich sein kann, den direkten Nachweis zu führen, dass vergrösserte Drüsen einen Teil der Trachea und des Bronchialbaumes durch Druck verengern, und dass durch den Durchbruch solcher erweichten Drüsen Krankheitserscheinungen, meist stürmischer Art, entstehen, deren Deutung oft grosse Schwierigkeiten machen kann.

Ein solcher seltener Fall ist mir Ende September 1908 begegnet und ich möchte nicht verfehlen, denselben den wenigen bekannt gewordenen, von Herman v. Schrötter im Inhaltsverzeichnis des zitierten Werkes angeführten Fällen anzureihen.

Den Patienten, einen dreijährigen Knaben, sah ich abends 7 Uhr zum ersten Male. Er war ein kräftiges, gut entwickeltes Kind. Er befand sich in grosser Atemnot, im Bette liegend. Die Atmung war sehr beschleunigt, zählte etwa 64 in der Minute. Es bestand starke Einziehung des Jugulums, sämtliche Auxiliarmuskeln waren in Anspruch genommen. Auch in der später folgenden Narkose war die Atmung gleich angestrengt und unergiebig, so dass es unmöglich war,

einen tiefen Schlaf bei dem Kinde zu erzielen. Über den Lungen war beiderseits ein feinblasiges Rasseln zu hören, das dem Befunde bei Ödem entsprach; auch hatte der kleine Patient bald nach dem Beginn der Atemnot ziemlich viel schleimiges, leicht blutig gefärbtes Serum ausgeworfen.

Die Atemnot hatte 15 Stunden, eho ich gerufen wurde, nach heftigem Erbrechen eingesetzt, dann kam die Entleerung des Serums. Bis ich kam, war dann der Zustand des Kindes unverändert.

Obwohl mir seitens der Angehörigen nichts darüber mitgeteilt werden konnte, dachte ich in erster Linie an einen in die Luftwege geratenen Fremdkörper, wiewohl der relativ stürmische, aber langsame Verlauf gegen ein grosses Corpus alienum, das etwa die Trachea versperrte, sprachen.

Um Klarheit in dem dunklen Krankheitsbilde zu schaffen, liess ich das Kind narkotisieren und versuchte dann, per vias naturales ein Rohr einzuführen. Infolge der, wie ich schon sagte, nur sehr oberflächlichen Narkose und noch mehr infolge der sehr schwachen und äusserst mangelhaften Beleuchtungsverhältnisse im Hause des Kranken war es mir nicht möglich, etwas zu sehen. Wir verbrachten daher das Kind in das Sanatorium zum roten Kreuz, wo ich zunächst wegen der gesteigerten Atemnot die obere Tracheotomie vornahm. Von der Tracheawunde aus ging ich dann erneut mit einem Rohre ein. Die Wandungen der Trachea waren unterhalb der Wunde ziemlich lebhaft injiziert. Es wurde mir beständig eitriger Schleim entgegengeworfen, der die Orientierung sehr erschwerte. Nachdem ich die Bifurkation erreicht und das Gesichtsfeld etwas gesäubert hatte, schob ich das Rohr zunächst so weit wie möglich in den linken Bronchus vor. Ich konnte dort aber ausser eitrigem Sekrete, das mit einigen Luftblasen vermengt war, Einzelheiten nicht erkennen, insbesondere einen Fremdkörper nicht finden. Nachdem ich das Rohr bis zur Bifurkation zurückgeschoben hatte, versuchte ich dasselbe in den rechten Bronchus einzuführen, was mir aber erst nach mehreren vergeblichen Versuchen gelang. Das ganze Lumen des rechten Bronchus war mit einem, wie es schien, rein eitrigen Sekrete ohne Luftbeimengungen angefüllt. Der Eiter strömte sofort nach dem Abwischen wieder nach, und machte jedes genauere Sehen unmöglich. Ich drang daher mit meinem Rohre im Eiter weiter vor, bemerkte jedoch, dass nach einer Entfernung von etwa 1—1,5 cm von der Bifurkation das Rohr ein wenig nach rechts abwich. Ich glaubte zuerst, mich in einem Seitenast des Bronchus zu befinden, erkannte jedoch bald an der gänzlichen Unmöglichkeit, auch mit einer dünnen Sonde weiterzukommen, dass ich mich in einem abgeschlossenen kleinen Hohlraume befand. Ich pumpte mit einer Speichelpumpe und daran befestigtem und in die Höhle geleitetem dünnem Schlauche den Eiter nach Möglichkeit aus, konnte aber weder einen Fremd-

körper, noch sonst Einzelheiten erkennen. Zudem musste ich wegen der grossen Schwäche des Kindes die Untersuchung abbrechen. Ich legte daher dasselbe mit einer Kanüle zu Bette, nachdem vorher eine Kochsalzinfusion gemacht war.

Am folgenden Tage bestand noch erhöhte Temperatur, die Atmung war wohl noch frequent, aber doch auf etwa 32 im Durchschnitt gesunken. Auch war dieselbe meist tiefer. Es wurde sehr viel Eiter und Schleim ausgehustet, das Sekret war dünnflüssig, wohl fade, aber nicht übelriechend. Die Kanüle brauchte wegen der dünnen Beschaffenheit des Sekretes nicht gewechselt zu werden. Von Ödem war über den Lungen nichts mehr zu hören, dagegen sehr zahlreiche Rhonchi. Am folgenden Tag war die Temperatur auf 39,8 gestiegen, der Befund an der Kanüle, der Auswurf waren gleich; über dem rechten Oberlappen waren Erscheinungen eines kleinen pneumonischen Herdes festzustellen, die aber in den nächsten Tagen erheblich zurückgingen. Das Sekret wurde schleimiger. Beim Wechseln der Kanüle entstand in den ersten Tagen starke Atemnot. Eine nach fünf weiteren Tagen vorgenommene neuerliche Rohruntersuchung von der Trachealwunde aus zeigte bei wesentlich verminderter Sekretion dasselbe Bild eines kleinen abgeschlossenen Hohlraumes rechts vom rechten Bronchus wie bei der erstmaligen Untersuchung, nur war der Eingang zur Höhle bereits in Verengerung begriffen und die Höhlenwandungen waren mit Granulationen bedeckt, wodurch man den Eindruck gewann, dass sich der Hohlraum gleichmässig verkleinerte.

Nach 11 Tagen konnte die Kanüle, ohne dass irgend welche Störungen nachfolgten, fortgelassen werden.

Die v. Pirquetsche Reaktion fiel absolut negativ aus, auch sonst fehlten jegliche Zeichen von Tuberkulose.

Der frische Eiter war leider nicht mikroskopisch untersucht worden, wofür der lange dauernde Verlauf der Untersuchung, die Schwäche des Kindes und die späte Nachtstunde genügende Erklärung abgeben. Später konnten im Sekrete Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen werden.

Die Untersuchung und Photographie mit Röntgenstrahlen zeigte neben der Wirbelsäule mehrere vergrösserte Drüsenschatten, die aber für nichts als sicher beweisend angesprochen werden können.

Wenn nun auch kein direktes Zeichen einer Tuberkulose nachgewiesen werden kann, so bin ich doch der Ansicht, dass das Kind an einer Bronchialdrüsentuberkulose leidet. Ich habe dann eben die überaus seltene Gelegenheit gehabt, den Durchbruch einer solchen erweichten Drüse zu beobachten. Die Gelegenheit war sehr günstig und die Beobachtung nur deshalb möglich, weil die Drüse einem Hauptbronchus anlag und in diesen durchgebrochen ist.

Dass ein kurz vorher überstandener Keuchhusten die Erweichung der Drüse beschleunigt, möchte ich wohl annehmen.

Der ganze Verlauf wird so gewesen sein, dass zunächst die erweichte Drüse in den rechten Bronchus durchgebrochen ist. Das Kind konnte die grosse Menge des Eiters nicht genügend expektorieren.

Infolgedessen kam es zur Aspiration von Eiter in den linken Bronchus und dann zu Lungenödem. Wäre ein Fremdkörper vorhanden, der mir entgangen wäre, so würden wohl die Erscheinungen nicht so prompt zurückgegangen sein, auch hätten sich wohl nachträglich noch Zeichen eines solchen bemerkbar gemacht; auf keinen Fall würden wir bei der Entlassung einen absolut normalen Lungenbefund gehabt haben.

Das Kind — es stammte aus Amerika — hat dann nach den Berichten des Vaters die Reise gut überstanden und ist jetzt nach mehr als dreiviertel Jahren sehr wohl und munter. Eine genaue Untersuchung des Kindes, die ebenfalls nach dieser Zeit stattgefunden hat, hat einen absolut normalen Befund ergeben.

II.

Bei dem zweiten Fall, den ich mitteilen möchte, wurde die Diagnose ebenfalls durch die Rohruntersuchung sichergestellt.

Die Patientin ist ein zweijähriges Mädchen, das mir von einem Kollegen in meine Sprechstunde geschickt wurde, nachdem dieser das Kind selbst zum ersten Male gesehen hatte. Das Kind wurde mir zur Beratung geschickt, weil es absolut nichts schlucken konnte. Es hatte vor 3 Wochen einen Croupanfall gehabt; dabei soll es gänzlich atemlos gewesen sein. Der Vater, der einen Monat vorher sein anderes Kind an Diphtherie verloren hatte, bekam grosse Angst und fuhr in seiner Verzweiflung dem Kinde, um ihm Luft zu verschaffen, mit dem Finger so tief er konnte in den Hals. Unglücklicherweise hatte er gerade beruflich mit Natronlauge zu arbeiten, von welcher sein Finger noch nass war. Der darauf zugezogene Arzt konstatierte eine Risswunde rechts der Uvula und kleine blutende Stellen an der hinteren Rachenwand. Das Kind vermochte zuerst noch zu schlucken, nach einem Tag verweigerte es festere, dann nach wenigen Tagen auch flüssige Nahrung. Zuletzt griff es sich nach jedem Trinken, zu dem es mit Drohungen gebracht wurde, mit dem Finger möglichst tief in den Hals und brachte dann die Flüssigkeit mit Brechbewegungen wieder zum Vorschein.

Als ich das Kind zum ersten Male sah, hatte es bereits seit 5 Tagen kaum etwas zu sich nehmen können. Mir, wie den beiden Kollegen, die das Kind vorher gesehen hatten, war seitens der Eltern nichts von der Lauge erzählt worden, wohl weil der Vater sich schuldig fühlte an dem schlechten Zustande seines Kindes, wiewohl er nur in bester Absicht gehandelt hatte.

Mir wurde das Kind also nur gebracht mit der Anamnese: Vor 3 Wochen Croup; seit dieser Zeit kann das Kind nichts festes, seit 5 Tagen auch nichts Flüssiges schlucken.

Ich sah ein stark abgemagertes Kind mit blasser Hautfarbe; Haut überall gut abhebbar. Hauttemperatur erhöht. Der Mund wird offen gehalten, die Atmung ist angestrengt, oberflächlicher und etwas beschleunigt. Bei leichtem Biegen des Kopfes nach hinten und ebenso bei Herunterdrücken der Zunge entseht ein deutlicher Stridor und Nasenflügelatmen. Der Rachen- und Kehlkopfeingang sind von einen etwas fötiden Schleim angefüllt, die Zunge ist stark dunkelgelb belegt, rissig, trocken. Der weiche Gaumen ist normal beweglich, die Uvula weicht nicht von der mittleren Linie ab. Im Gaumen und in der Tiefe nirgends Wunden oder

Narben zu sehen. Mit dem Finger ist im Nasenrachenraum und in der Tiefe des Rachens bis zum Ösophaguseingang nichts Abnormes zu fühlen. Am Finger haftet viel zäher eiteriger und leicht blutig gefärbter, fötider Schleim. Eine dünne Sonde kann in die Tiefe des Ösophagus nicht eingeführt werden.

Ich verbrachte das Kind in das Sanatorium vom Roten Kreuz und versuchte in Chloroformnarkose zunächst mit einem Rohre in den Ösophagus einzugehen, was aber direkt unterhalb der Konstriktoren sich als unmöglich erwies. Die Atemnot wurde dabei so gross, dass ich das Rohr wieder entfernen musste. Mit einem in die Trachea ziemlich mühelos eingeführten Rohre erreichte ich die Bifurkation. Hier, wie bereits oberhalb, war das Lumen des Rohres erfüllt mit sehr fötidem Eiter. Da die Atmung immer angestrengter wurde, alle Auxiliarmuskeln dazu benutzt wurden, entschloss ich mich, der Sicherheit wegen die Tracheotomie vorzunehmen. Da die stark vergrösserte und verwachsene Schilddrüse nicht nach unten zu ziehen war, machte ich die tiefe Tracheotomie. Darnach brach ich wegen der schon lange dauernden Narkose an diesem Tage die Untersuchung ab. Die Atmung war nun meist freier, von Zeit zu Zeit aber trat unter heftigem Husten und ausserordentlich starker Atemnot eine sehr profuse Entleerung fötiden Eiters aus der Kanüle auf. Schlucken konnte das Kind so wenig wie zuvor.

Am nächsten Mittag wurde das Kind von neuem narkotisiert. Die Einführung eines Brüningsschen Rohres in den Ösophagus ging leicht bis etwas unterhalb der Konstriktoren, dann ging das Rohr nicht weiter, auch nicht das dünnste Verlängerungsrohr, ebensowenig Harnröhrenkatheter, weiche wie halbweiche und filiforme Kathether. Das Lumen des Ösophagus war völlig aufgehoben, bei Druck von oben mit dem Ösophagoskop entleerte sich durch die anliegende Wand nach oben sehr viel Eiter. Die Wände waren sukkulent und rot.

Ich nahm nach dem ganzen Bilde und Verlaufe an, dass es sich um eine Phlegmone des Ösophagus — aus unbekannter Ursache — wahrscheinlich besonders der vorderen Wand, handelte und wahrscheinlich um einen Durchbruch in die Trachea mit konsekutiver eiteriger Bronchitis und Tracheitis. Die wahre Ursache der Erkrankung erfuhr ich erst am andern Tage, nachdem ich nochmals die Eltern nach allen Richtungen hin ausgefragt hatte. An diesem Tage entschloss ich mich keine weitere Aufklärung gewaltsam, event. zum Schaden des Kindes, zu erzwingen und liess durch den mit mir das Kind untersuchenden Chirurgen, Herrn Dr. Lorenz Levy hier, eine Magenfistel nach Witzel anlegen, um das Kind erhalten zu können, für den Fall, dass die Phlegmone des Ösophagus zur Ausheilung kommen sollte.

In den folgenden Tagen wurde bei hohen Temperaturen (zwischen 38 und 40°) sehr viel fötider Eiter und Schleim durch die Kanüle und durch den Mund herausgebracht. Das Kind wurde ausschliesslich durch die Fistel ernährt, während Mund und Rachen nur angefeuchtet wurden. Über den Lungen waren die vorher bereits konstatierten bronchitischen Geräusche in vermehrter Menge zu hören, aber nirgends war ein pneumonischer Herd nachzuweisen.

Nach vier Tagen gaben wir nach dem Verbandwechsel dem Kinde versuchsweise ein Einnahmegläschen mit Wasser. Das Kind griff hastig darnach und brachte auch wirklich einen Schluck, allerdings unter den Zeichen heftiger Schmerzen, herunter. In den nächsten 20 Tagen ging das Schlucken zunächst von Wasser, dann von anderen dünnen Flüssigkeiten besser, dagegen machte das Kind zweimal sehr schwere Pneumonien durch, die mit exzessiven Temperaturen und kompliziert durch kaum zu beherrschende Diarrhöen das Leben des Kindes sehr bedrohten. Schliesslich aber, nach Ablauf dieser 20 Tage begann das völlig abgemagerte Kind sich zu erholen. Es hatte unter Anwendung von Exzitantien und Expektorantien sehr viel ausgeworfen; die Exspektoration war fast rein schleimig geworden, ohne Beimengungen von Blut; auch war sie nicht mehr fötid. Die Diarrhöen waren, nachdem alle anderen Mittel versagt hatten, mit Extractum ligni Campechiani, das ebenfalls durch die Fistel gegeben wurde, glücklich bekämpft worden, doch traten in der ersten Woche nach Aussetzen des Mittels sofort wieder die Durchfälle auf.

Unterdessen hatte die Ernährung per os langsame Fortschritte insofern gemacht, als wir dünnen Mondaminbrei, Kakao und ähnliches gegeben hatten, was auch tadellos geschluckt wurde. Nachdem das Kind vier Tage fieberfrei gewesen war, liess ich es wiederum chloroformieren und führte dann ein dünnes Ösophagoskop, Nr. 2 der Brüningschen Serie, ein, und konnte damit bis zu 12 cm von der Zahnreihe vordringen, dann musste ich das Verlängerungsrohr von Nr. 2 nehmen und konnte damit bis zu etwa 15 cm weiter gehen. Hier war eine mässigen Widerstand entgegensetzende Verengerung zu überwinden, die einen von rechts und vorn kommenden weisslichen Strang zeigte. Da ich mit dem Verlängerungsrohr von Nr. 2 nicht über die verengte Stelle hinwegkommen konnte, führte ich das von Nr. 1 ein und kam nun bis zu einem weiteren Hindernis, das 19 cm vom Zahnrade entfernt sass. Es war eine ringförmige, wesentlich festere Stenose, im Rohr weisslich streifig erscheinend. Diese, die dicht über der Kardia sass, konnte ich ohne stärkere Gewalt mit dem starren Rohre nicht überwinden. Ich entfernte daher das Ösophagoskop und führte dann, immer noch in Narkose, nacheinander halbweiche Bougies 6 mm, 7 und 8 mm ein, die alle nach geringem Verweilen an den verengten Stellen bis in den Magen gelangten..

Nach dem Aufwachen war das Kind munter. Ich liess es aber an diesem und dem folgenden Tage nur durch die Fistel ernähren. Am dritten Tage wurde der Schlauch endgültig entfernt und die Er-

nährung nur noch per os vorgenommen. Jeden Tag wurde bougiert. Nach dem Bougieren trat in den ersten fünf Tagen — bougiert wurde am Morgen zwischen 8—9 Uhr — jedesmal eine abendliche Temperaturerhöhung bis etwa 38,5 auf, wohl eine dem Katheterfieber analoge Erscheinung.

Die Bougierung ist jetzt, nach weiteren 14 Tagen, sehr leicht. Bougies 9½ und 10 mm bekomme ich durch die erste Striktur ohne jeden Widerstand, durch die zweite nach kurzem Verweilen ohne jede Gewaltsanwendung hindurch. Sofort nach dem Bougieren kann das Kind, ohne Schmerzen zu äussern, trinken. Es schluckt jetzt ohne Mühe und Schmerzen weichgekochte Eier, weiches Brot, gut zerkleinertes Fleisch, Gemüse etc.

Die Magenfistel hat sich völlig fest geschlossen und ist ohne Verband. Auch die Trachealwunde ist verheilt, nachdem der Verschluss zuerst sehr viel Mühe gemacht hatte; denn die Granulationen waren sehr schlaff, schlecht aussehend und ragten in das Lumen der Luftröhre hinein.

Es hat sich in diesem Falle demnach zunächst um eine Laugenverätzung des Ösophagus gehandelt mit konsekutiver Phlegmone des Ösophagus und wahrscheinlich um einen Durchbruch in die Trachea. Die beiden Strikturen sind wohl sicher als Folgen der Verätzung aufzufassen.

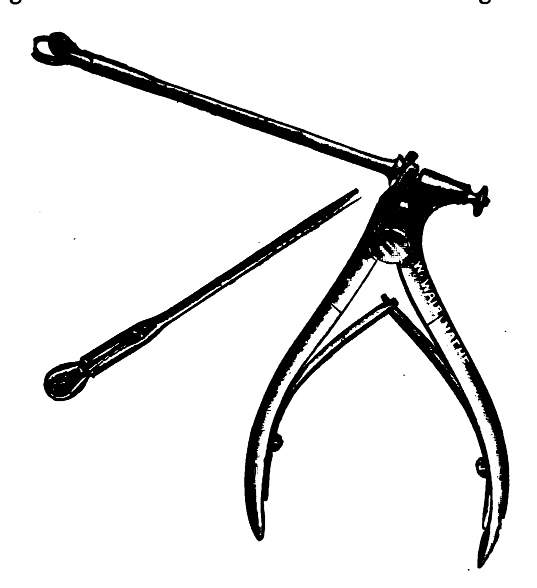
Eine Stanze zur Septumresektion.

Von

Dr. med. Seyffarth, Hannover.

Mit 1 Abbildung im Text.

Bei den für Septumresektion gebräuchlichen Knochenstanzen lassen sich im allgemeinen zwei Typen unterscheiden: bei den einen fällt der ausgeschnittene Knochenteil aus dem Ring heraus in die



Schleimhauttasche und muss hier nachträglich herausgesucht werden, bei den anderen bleibt das Gewebstück in dem löffelartigem Ring hängen, aus dem es oft erst mit der Sonde entfernt werden kann. Das sind zwei Missstände, die die Operationsdauer verlängern.

Ich habe mit Unterstützung der Firma W. Walb, Heidelberg, die Fehler zu umgehen versucht durch Konstruktion einer trotz aller Schlankheit sehr kräftig schneidenden Zange, bei der Ring und beweglicher Löffel von einem feststehenden Arm getragen werden, über den ein vorn erweitertes und verstärktes Rohr gleitet. An dem Rohr ist vorn eine abnehmbare federnde Zunge angebracht, die beim Schneiden sich unter den Ring schiebt, solange die Zange geschlossen, die Gewebstücke festhält und beim Öffnen ausserhalb der Nase fallen lässt.

Beweglicher Löffel und feststehender Ring sind, genau wie bei den meisten Stanzen mit parallel nebeneinder laufenden Armen, aneinander montiert. Der nach Art eines Winkelhebels gebaute Löffel ist im Ring drehbar eingelassen, der dem Zangengriff proximale Hebelarm jedoch zu einem kleinen Dorn verlängert, der in einen Schlitz der Röhre greift und von der vorderen Umrandung dieser beim Öffnen niedergedrückt wird. Die Kürette ist nach vier Seiten dreh- und feststellbar.

II. Referate.

1. Allgemeines, Geschichte usw.

283. **Egmont Baumgarten, Budapest, Über den Zusammenhang der Erkrankungen der oberen Luftwege und der Erkrankungen der Niere.** *Wien. Med. Wochenschr. 1909, Nr. 34.*

Bei chronischen Nierenerkrankungen entsteht häufig Anämie des Rachens und des Kehlkopfs und auf dieser Basis ein trockener Katarrh. Blutungen der Nase und in geringerem Masse auch des Rachens werden oft beobachtet, manchmal schon zu Beginn des Leidens. Ein charakteristisches Symptom für Nierenerkrankungen ist das Ödem der Schleimhaut der oberen Luftwege und zwar in Gestalt des fliegenden Ödems und auch in chronischer Form. Ödeme des Nasenrachenraumes fand Verf. ausschliesslich bei Kindern mit Scharlachnephritis. Auch im Mesopharynx kommen solche Ödeme vor und zwar an der Uvula und den vorderen Gaumenbögen. Im Kehlkopf werden besonders die aryepiglottischen Falten befallen. Es wird sich empfehlen, auch bei akuten Erkrankungen der oberen Luftwege auf das Verhalten der Nieren zu achten.

M. Lewy, Charlottenburg.

284. **Edwin Blos, Karlsruhe, Die operative Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 34.*

Verf. erhofft von der doppelseitigen Resektion des N. ethmoidalis anterior eine Dauerheilung des Heufiebers. Drei vor kurzer Zeit so behandelte Fälle sind nach einigen als „Formes frustes“ bezeichneten Anfällen bisher frei von Beschwerden geblieben. Hirsch, Magdeburg.

285. **Chiari, Wien, Einige Beispiele von der Tätigkeit des Laryngo-Rhinologen als Sachverständiger.** *Med. Klinik, 38, 1909.*

Chiari zeigt in einer interessanten Abhandlung an der Hand dreier Fälle, bei denen es sich um eine fragliche traumatische Stenose des Ösophagus, um eine Verätzung durch Lapisstift und um einen angeblichen Kunstfehler bei Septumoperation handelt, und bei denen er selbst als Sachverständiger tätig war, welche Gesichtspunkte den Sachverständigen bei Abgabe seines Urteiles leiten müssen. Würth.

286. **V. Guttmann, Bericht des tschechischen laryngologischen Institutes, Prof. Frankenberger,** *Prag, 1907 u. 1908. Casopis lékarův českych, 1909.*

Eine besonders in kasuistischer Hinsicht sehr wertvolle Zusammenstellung. Das Ambulatorium war 1907 von 2210, 1908 von 2269 Pat. besucht. Unter den ausführlich erörterten Fällen seien erwähnt: eine Laryngitis phlegmonosa mit Abszess der Hinterwand und Durchbruch in den Sinus pyriformis, aufgetreten in der Rekonvaleszenz nach einer Pneumonie; im Eiter Diplococcus pneum. Ferner ein Larynxkarzinom bei einem 19jähr. Mädchen, das diagnostisch grosse Schwierigkeiten bot, da sich im Sputum Tuberkelbazillen fanden; die Natur des Tumors wurde erst durch histologische Untersuchung festgestellt. Ein Rachenkarzinom bei einer 23jähr. Frau, ein metastatisches Larynxkarzinom bei Ösophaguskarzinom eines 76jährigen Mannes. Bei Tuberkulosis-Laryngis wurden sehr günstige Resultate mit Sonnenlichtbehandlung nach Sorgo erzielt. Bei Ozäna wurden submuköse Paraffininjektionen in Septum und Muscheln gemacht, wobei einmal ein Septumhämatom beobachtet wurde, welches vereiterte, ohne weitere Folgen nach sich zu ziehen. R. Imhofer.

287. **Löwe, Ludwig, Berlin, Zur Frage der Blutstillung bei grosschirurgischen Nasenoperationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. XLXX 8. Jahrg. 8. Heft.*

Die Einschränkung des Blutverlustes lässt sich mit 6 Massnahmen erzielen; Löwe empfiehlt:

1. Chloroformnarkose.
2. Möglichste Hochlagerung des Kopfes.
3. Adrenalinanwendung.
4. Die sogen. innere Dekortikation.
5. Für manche Fälle die temporäre Kompression der Art. sphenopolatina.
6. Das Abnähverfahren nach Heidenhain.

Genaueres siehe im Original. F. M. Wolf, Würzburg.

288. **Robert Meyer, Über die Anwendung des Coryfin in der Rhino-Laryngologie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 41.*

Empfehlung des Coryfins (Äthylglykolsäureester des Menthols) an Stelle des Menthols, vor dem es den Vorzug der Ungiftigkeit und der protrahierten Wirkung besitzt. Hirsch, Magdeburg.

289. **Semon, London, Bemerkungen über einen Fall von Pneumokokkus-Infektion des Halses, worauf Kehlkopf- und Lungentuberkulose folgte.** *Brit. Med. Journ. 26. Juni 1909.*

In einem früheren Artikel beschrieb der Verf. zwei Fälle einer bis jetzt nicht beschriebenen Erkrankung des Halses, die auf Pneumokokkeninfektion zurückzuführen ist und in diesem Artikel berichtet er über einen dritten Fall. Die Halsaffektion zeigte einen Verlauf, der ganz verschieden war von jedem andern, dem Verf. bei Erkrankungen dieses Teiles bekannt gewordenen, indem er zwischen intensiv schmerzhaften entzündlichen Zuständen und dann wieder einer Besserung schwankte, welche eine voll-

ständige und schnelle Heilung fast mit Sicherheit annehmen liess, aber wiederholt zu ganz unerwarteten Rückfällen führte.

Das Krankheitsbild war hauptsächlich schwerer Kräfteverfall, Ulzeration der affizierten Stellen, vollständiges Fehlen einer Schwellung der Lymphdrüsen. In allen drei Fällen endigte die Ulzeration des Pharynx in einen scharf begrenzten Substanzverlust, der bei weitem grösste Teil der Geschwüre heilte ohne irgendwelche Narbe zu hinterlassen. Im ersten Falle waren Pneumokokken fast in Reinkultur vorhanden, während beim zweiten Falle die Kultur vorherrschend in Pneumokokken bestand. In diesen beiden Fällen trat schliesslich Heilung ein.

Im dritten Falle war der Pneumokokkus anfangs fast in Reinkultur vorhanden, später aber kam zu der ursprünglichen Krankheit eine tuberkulöse Infektion und dieser erlag der Patient schliesslich. Dieser Fall war, dank der verschiedenartigen Infektion, ein ausserordentlich schwieriger und wird eingehend beschrieben. Der Patient war ein sehr bekannter Mediziner und die verschiedenen hervorragenden Glieder der medizinischen Fakultät, welche ihm bei der Behandlung ihre Hilfe zuteil werden liessen, äusserten alle, dass sie etwas Ähnliches nie gesehen hatten. Schliesslich wird die Hoffnung ausgesprochen, dass weitere Beiträge mehr Klarheit über die Krankheit geben werden, die — wenn sie auch jetzt noch nicht beschrieben worden ist — doch nicht so sehr selten sein kann, da der Verf. im Laufe von drei Jahren drei Fälle beobachtet hat.

Guthrie, Liverpool.

290. **Josef Weinberg. Über die Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion für die Rhino-Laryngologie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 39.*

Der positive Ausfall der Reaktion deutet mit absoluter Sicherheit auf eine stattgehabte luetische Infektion. Eine negative Reaktion besitzt zwar nicht vollkommene Beweiskraft, spricht aber doch mit grosser Wahrscheinlichkeit (mit über 90 %) gegen Syphilis. Hirsch, Magdeburg.

291. **J. Zamazal, Erkältung und Beruf[1]).** *Casopis Lekarův českych, 1909, Nr. 37.*

Der Autor hat die Patienten einer Bezirkskrankenkasse während 13 Jahren zusammengestellt und in 2 Gruppen eingeteilt: a) solche, die Erkältungseinflüssen ausgesetzt sind (Fuhrleute, Schornsteinfeger, Schmiede, Anstreicher, Boten etc.), b) solche, die in geschlossenen Räumen arbeiten (Messerschmiede, Schuster, Schneider, Uhrmacher etc.) und nur die Morbiditätsziffer der im allgemeinen auf Erkältung zurückgeführten Krankheiten (Pneumonie, Bronchitis, Nephritis acuta, Neuralgien) miteinander verglichen. Es zeigten sich nun für Pneumonie und Nephritis die Zahlen ganz gleich (0.6 %), bei anderen Erkrankungen, z. B. Bronchitis ac. Neuralgien zeigten Patienten der Gruppe B ein erheblich grösseres Morbiditätsprozent z. B. Neuralgie A. 3 %, B. 7 %. Verf. schliesst daraus, dass Erkältungseinflüsse kein unterstützendes Moment für Pneumonie, Neuralgie, sowie Katarrhe der oberen Luft- und Digestionswege abgeben.

1) Vergl. diese Zeitschrift Bd. II. S. 67.

2. Nase und Nebenhöhlen.

292. **A. Alexander, Über das Wesen der Ozäna.** *Archiv f. Lar. XXII, H. 2.*

A. bespricht zunächst die Veränderungen, welche an den Gesichtsknochen, sowie an der Schleimhaut festgestellt worden sind, und konstatiert, dass erstere nicht durch letztere hervorgerufen sein können. Sodann kritisiert er die Theorien der Ozäna, soweit sie die Schädeldeformität berücksichtigen, und stellt ihnen eine eigene gegenüber. Nach ihm steht im Mittelpunkt des Prozesses eine Ernährungsstörung der Gesichtsknochen. Die krankhaften Produkte der Knochenzellen werden z. T. an die Schleimhautoberfläche abgesondert (? Ref.) und bedingen hier die eigentümliche Beschaffenheit des Sekrets und den atrophischen Katarrh der Schleimhaut. Zum anderen Teil gelangen sie in den Lymphweg und verursachen Atrophie der Halsdrüsen und (kollateral) der Rachen- etc. Schleimhaut. Eine Nebenrolle spielt der „Zaufalsche Mechanismus“ (Stagnation und schnellere Verdunstung infolge der Nasenweite). Die Veränderungen des Schädels richten sich nach dem Alter des Krankheitsbeginns: Tritt die Ozäna beim Erwachsenen auf, so behält das Skelett seine Form unverändert, nur teigige Hautschwellung am Nasenrücken bleibt einziges äusserliches Merkmal. Beginnt sie im Kindesalter oder während der Pubertät, so wird der Schädel mehr oder weniger hyperplatyrhin und hamäprosop, im Sinne des Neugeborenen-Typus verändert. — Das wesentlichste ätiologische Moment ist die hereditäre Lues; auslösend wirken Infektionskrankheiten und die Pubertät. — A. setzt sich dann noch mit der Fraenkelschen Katarrh- und der Grünwaldschen Herdtheorie auseinander. Beteiligung der Nebenhöhlen steigert das Krankheitsbild natürlich sehr. — Seiner Theorie entsprechend ist mehr Wert als bisher auf konstitutionelle Allgemeinbehandlung der Ozäna zu legen.

Arth. Meyer.

293. **Chavanne, Die tuberkulösen Tumoren der Nasenhöhle.** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXV, Nr. 8.*

Mitteilung eines Falles von Tuberkulose des Septums von Haselnussgrösse bei einem 60jähr. Patienten mit tuberkulösen Antezedentien. Bei dieser Gelegenheit macht der Autor unseren mangelhaften Kenntnissen der Nasentuberkulose den Prozess und wiederholt den schon vielfach geäusserten Wunsch nach Revision der pathologischen Anatomie dieses Kapitels. Chavanne möchte nur zwei Gruppen von Nasentuberkulose beibehalten: a) die miliare Form (wobei wir bemerken wollen, dass der Autor für diese Form in der Literatur nur zwei Fälle, aber auch diese nur aus dritter Hand überliefert, kennt), b) die chronische Form, durch den Lupus der Nase vertreten. Infolgedessen müsste das Kapitel des Nasenlupus aus der Pathologie ausscheiden, was gewiss nicht im Einklang mit den klinischen Bedürfnissen steht. Klinisch müssen wir an der Form der abgeschwächten Tuberkulose festhalten und der Lupus ist eben eine wenig virulente Manifestation des Kochschen Bazillus.

Lautmann.

294. **Fein, Joh., Wien, Ein Beitrag zur Vereinfachung der submukösen Fensterresektion.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. XLXXX. 8. Heft.*

Anstatt des bisher geübten einzigen Knorpelschnittes zur Ablösung der Schleimhaut der entgegengesetzten Seite legt Verf. eine Reihe von Schnitten durch den Knorpel derart an, dass diese Schnitte ungefähr ein viereckiges Knorpelstück umgrenzen. Die Platte lässt sich leicht mit dem Elevatorium abheben; man hat dann sofort ein grosses weites Fenster, auch werden dadurch Perforationen leichter vermieden.

F. M. Wolf, Würzburg.

295. **Flack, Bristol, Eine Familie mit angeborener Deformität der Nase und die Resultate subkutaner Injektion von Paraffin.** *Brist. Med. Chir. Journal. Juni 1909.*

Der Verf. verwendet Paraffin mit Schmelzpunkt von 35° bis 40 C, wie Gersuny empfiehlt. Es sind 21 Monate, dass bei dem ersten Falle eine Injektion gemacht wurde, und das Resultat ist bis jetzt ausgezeichnet. Verschiedene Fälle von eingefallener Nase wurden behandelt, und das Paraffin zeigte keine Neigung sich auszubreiten.

Neun Fälle (alle von Erfolg begleitet) kamen in einer Familie vor, in welcher sich eine merkwürdige angeborene Deformität der Nase bereits in der vierten Generation zeigte. Der Nasenknochen schien durch eine exzessive Ausbildung der Spina frontalis getrennt. Von 40 Personen zeigte sich an 18 diese Deformität. Guthrie, Liverpool.

296. **O. Frankenberger, Prag, Über nasale Reflexneurosen.** *Revue v Neurologii, psychiatrii physikalui a diaeteticke Therapii. IV. Jahrg. H. 1.*

Die Beziehungen zwischen Nase und anderen Organen werden in drei Klassen eingeteilt, nach dem Sitze der peripheren Irritation, dem Reflexbogen und dem Organe, in welchem sich der Reflex manifestiert. 1. Der Ursprung des Reflexbogens ist in der Nase, sein Ende in einem anderen Organe; 2. das umgekehrte; 3. Ursprung und Ende des Reflexbogens in der Nase. Vorbedingungen sind a) Alteration der normalen Reflexerregbarkeit durch Veränderungen des Nervenapparates; b) eine Gelegenheitsursache. Bezüglich des Asthmas resp. der nasalen Therapie steht Frankenberger auf einem sehr skeptischen Standpunkte, da hier Suggestion eine grosse Rolle spielt. Das Heufieber ist von den Reflexneurosen zu trennen, da es an ein spezifisches, in den Pollen enthaltenes Toxin gebunden ist. Bezüglich des Zusammenhanges von Nase und Genitalorganen schliesst sich Verf. der strengen Kritik Kuttners bezüglich der Fliesschen Theorien an. Was die nasale Epilepsie betrifft, so hat Frankenberger in einem Falle nach Abtragung der hinteren Muschelenden Heilung ohne Rezidiv erzielt, trotz Rezidives des Nasenleidens. Schliesslich bespricht Verf. die Herzneurosen und Neuralgien nasalen Ursprunges. Letztere sind durch vasomotorische Alteration der die betreffenden Nerven begleitenden Gefässe zu erklären. (Stirn-, Okzipital-, Augen-, Ohren- und Nackenschmerzen, Schulter-, Sternal- und Magenneuralgien.) Die Diagnose des nasalen Ursprunges dieser Neuralgien ist in vielen Fällen nur mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen. R. Imhofer.

297. **Lavrand, Pathogenese und Behandlung der Ozäna.** *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 29.*

Lavrand glaubt die Ursache der Ozäna in einer nekrotischen Ostitis des Siebbeins gefunden zu haben. Er fand die Borken gletscher-

artig vom mittleren Nasengang herabfliessend, und bei Untersuchung desselben mit der Sonde stiess er in allen Fällen auf nekrotischen Knochen im Bereich des Siebbeins. Kurettement des mittleren Nasengangs soll eine Anzahl von Ozänatösen geheilt haben. Arth. Meyer.

298. **Lauzurica, Argentinien, Zwei Fälle von Myasis. Dos casos de Miasis.** *Revista ibero americana ill Ciencias medicas. August 1909.*

Zwei Fälle von intranasalen Schmarotzern (Lucilia macellaria). Extraktion der Puppen und Behandlung mit Chloroformwasser- und Sublimatspülungen (1:4000). Heilung. In dem zweiten Falle fand man 135 Puppen. Beschreibung des Schmarotzers. Folgende Mittel, ausser den obengenannten, sind vorgeschlagen: Jodoformeinblasungen, Aufguss von Albahacablättern (Basilienkraut: Ocymum basilicum Linnaei).

Menier.

299. **Lermoyez und Aubertin, Die toxischen Wirkungen des Adrenalins auf die Nasenschleimhaut.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV, Nr. 9.*

Die Rhinologen, die die Arbeit Josués über das Adrenalin (Sur l'emploi thérapeutique de l'adrenaline in Bull. de la Soc. med. des hop. de Paris, 21 mai 1909) nicht kennen, leben fort in der Furcht des Adrenalins und tun gut daran. Denn wenn Josué glaubt, dass die Absorption von 2 Milligramm Adrenalin pro die, für den Menschen gefahrlos ist, so müssen Lermoyez und Aubertin dagegen Verwahrung einlegen. Tierversuche, an dem für Adrenalin überaus empfindlichen Kaninchen, haben gezeigt, dass nach chronischer Vergiftung (mit allerdings grossen Dosen von Adrenalin) die Tiere an akutem Lungenödem zugrunde gehen. Bei der Sektion fanden Lermoyez und Aubertin regelmässig Hypertrophie des Herzmuskels. Die chronische Vergiftung mit Adrenalin ist beim Menschen zwar noch nicht konstatiert worden, doch ist dieselbe bei dem immer mehr und mehr überhand nehmenden Gebrauche der verschiedenen Heufieber und antiasthmatischen Mittel, die unter den verschiedensten Namen aus Amerika auf den Markt gebracht werden, zumeist adrenalinhaltig sind, zu befürchten.

Lautmann, Paris.

300. **Löwe, Ludwig, Berlin, Über die Indikationen für die Aufdeckung der Nasenscheidewand vom Munde her.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. XLXXX, 7. Heft.*

Verf. nimmt zunächst die Priorität des oralen Verfahrens für sich in Anspruch. Dann kritisiert er das abfällige Urteil Brünings' über die orale Methode. Er erkennt als richtig an, dass sie in bezug auf die Unempfindlichkeitsmachung und in puncto Nachbehandlung der endonasa en Methode nachsteht, nicht aber bezüglich der operativen Technik. Nach eingehender Erörterung der Hauptvorzüge des Mundverfahrens stellt Verf. 5 Indikationen auf, wo die orale Methode der endonasalen vorzuziehen ist. Schliesslich folgt eine genaue Beschreibung der Technik.

F. M. Wolf, Würzburg.

301. **Mahu, Radikaloperation der Kieferhöhleneiterung durch die Nasenhöhle.** *In Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV Nr. 9.*

Es handelt sich im grossen und ganzen um die durch Claoué angegebene Operation der Kieferhöhleneröffnung vom unteren Nasengang aus, nach Entfernung des vorderen Drittels der unteren Muschel. Neu ist, wie immer bei Mahu, nur das Instrumentarium. Zunächst die Verwendung einer starken Schere mit ganz kurzen Branchen, die geschlossen wie ein Trokar zum Durchstossen der medialen Sinuswand und nachher zum Ausschneiden eines grossen Loches aus dieser Wand verwendet wird. Die Schere dient auch dazu, die untere Muschel von ihrem Ansatz abzulösen. Ist eine genügende Bresche in die Kieferhöhlenwand gemacht, und diese muss sehr gross gemacht werden, um bis zum Nasenhöhlenboden herunter zu reichen, so geht Mahu an eine energische Auskratzung der Kieferhöhlenmukosa. Hiezu verwendet er Kuretten, die auf biegbarem Stiele befestigt sind und jeweils die nötige Form annehmen. Die Claouésche Operation ist tatsächlich eine gute Operation, während der Mahusche Vorschlag eigentlich nur eine Bereicherung unseres Instrumentariums darstellt. Über die Notwendigkeit der Auskratzung der Mukosa der entzündeten Kieferhöhle sind die Ansichten sehr geteilt.

Lautmann, Paris.

302. **Massei, Neapel, Mixofibroma del seno sphenoidale (Myxofibrom der Keilbeinhöhle).** *Archivii it. di Laringolog. etc. und Gazetti degli ospedali, 25 Juli 1909, Nr. 3.*

Der sehr grosse dreilappige Tumor, der den ganzen Nasenrachenraum ausfüllte, mit kalter Schlinge und Zange rasch und fast blutlos entfernt wurde und sich mikroskopisch als Myxofibrom charakterisierte, war in der Keilbeinhöhle entstanden, und nicht wie das bei der Lage der Keilbeinhöhlenöffnung zu erwarten wäre, nach der Nase zu gewachsen, sondern war, wie die durch Sondenergebnis begründete und von Onodi als sehr wahrscheinlich bestätigte Ansicht Masseis annimmt, durch einen abnormer Weise persistierenden Restkanal des embryonalen Canalis craniopharyngeus hindurch nach dem Nasenrachenraum gewuchert.

Der interessante Fall bestätigt einmal von neuem, dass ausser den bösartigen Nasenrachenfibromen durch gutartige Tumoren dasselbe Bild der völligen Ausfüllung des Nasenrachenraums durch grosse Massen darbieten können und beweist weiterhin, dass die Killiansche Ansicht, die Choanalpolypen entsprängen stets in der Kieferhöhle, doch nicht völlig den Tatsachen entspricht, sondern dass dieselben — und das ist eventuell für die einzuschlagende Therapie sehr wichtig — von verschiedenen Stellen des Nasenrachenskeletts ausgehen können. So teilte auch Onodi dem Autor mit, dass er einen Choanalpolypen beobachtet habe, der in der Stirnhöhle entstanden und durch eine Dehiszenz nach dem Rachen gewachsen sei.

Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. Rügen.

303. **Munch, F., Die orthopädische oder kosmetische Resektion der Nase (La résection orthopédique on ésthétique du nez).** *Journal de médecine de Paris, 21. August 1909.*

In diesem Artikel zeigt Verf. die glänzende Zukunft, welche der endonasalen (d. h. subkutanen) Chirurgie der Nase versprochen ist (Ver-

fahren von Roe und von Joseph-Berlin), die nach und nach die Paraffineinspritzungen verdrängen wird. Menier.

304. **Réthi, Wien, Operationen an der Nasenscheidewand im jugendlichen Alter.** *Med. Klinik, 1909, Nr. 31.*

Verf. empfiehlt die Indikationsgrenzen bei Operationen von Nasenscheidewandverbildungen im jugendlichen Alter noch enger zu ziehen als bei Erwachsenen. Muss operiert werden, so soll man (bei Kindern prinzipiell) möglichst viel von den festen Septumbestandteilen erhalten, um eine spätere Einsenkung zu verhüten. F. M. Wolf, Würzburg.

305. **Sieur und Rouvillois, Submuköse Behandlung der Missbildungen der Nasenscheidewand.** *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 30.*

Verff. behandeln nicht nur Deviationen, sondern auch Cristae nach submukösem Verfahren; für diese wenden sie aber nicht die typische Resektion an, sondern machen einen Längsschnitt auf der Höhe der Crista und lösen von hier nach oben und unten die Schleimhaut ab, um die Leiste mit Meissel und Hammer zu entfernen. Reicht die Leiste vorn unten bis an den Nasenboden herab, so soll stets die typische Fensterresektion mit Abmeisselung des „Os sousvomérien" ausgeführt werden.
Arth. Meyer.

306. **Snegireff, K. W., Zur Frage von den bösartigen Geschwülsten der Stirnhöhle.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLVII. Jahrg. Juni 1909, S. 622.*

Bei der Operation der unter dem Bilde eines Empyems erkrankten rechten Stirnhöhle zeigte sich dieselbe erfüllt von einer Neubildung, deren histologische Untersuchung ein Endothelioma cylindromatos. ergab. Rezidiv inoperabel. Verf. stellt 12 weitere Fälle aus der Literatur zusammen und kommt zum Schluss, dass es kein frühes Symptom gibt, welches auf eine bösartige Geschwulst hinweisen und uns veranlassen könnte, schnell zu operieren. Haeffner.

307. **Underwood, London, Chirurgische Betrachtungen zur Anatomie des Sinus Maxillaris.** *Brit. Med. Journ. 15. Mai 1909.*

Seit der Publikation seines Artikels im Brit. Med. Journ. 1908, Vol. 11, p. 463, hat der Autor eine sehr grosse Zahl von Schädeln verschiedener Rassen und Alters untersucht und er zweifelt jetzt nicht, dass es die normale Beziehung des Höhlenbodens zu den Wurzeln der Zähne ist, was er damals beschrieb. Er glaubt, dass die Zähne nicht sehr häufig die Ursache der Krankheit der Kieferhöhle sind, aber, wenn sie es sind, so dürften der dritte, der zweite und der erste Molaris als Ursache anzusehen sein, denn der dritte Molaris ist am häufigsten der Schuldige. Er findet, dass in sehr seltenen Fällen, von denen er im getrockneten Schädel drei beobachtet hat, die dritte Molargegend des Sinus vollständig von der übrigen Höhlung getrennt ist, mit Ausnahme einer kleinen Stelle, ganz oben an der Nasenseite. Im Falle der Erkrankung kann solch ein Zustand sehr schlimm sein. In bestimmten Fällen, bei denen eine kleine Menge von Eiter in einer tiefen Alveolarbucht liegt, kann Durchleuch-

tung ein normales Resultat ergeben, andererseits zeigt eine Radiographie [illegible] einen Zustand ziemlich klar. Guthrie, Liverpool.

308. **Viollet. Rezidivierende zystische Nasenpolypen, welche häufigen und reichlichen schleimigen Ausfluss verursachten und. ihrer Struktur nach, aus der Kieferhöhle zu entspringen schienen.** *Rev. hebd. [illegible] Nr. [illegible]*

Der Titel besagt den Inhalt. A. Meyer.

3. Rachen.

309. **Elliott, Chester, Eine akute Pneumokokkusinfektion des Pharynx.** *Brit. Med. Journ. 26. Juni 1909.*

Der Autor berichtet, dass, während einer Periode, wo lobäre Pneumonie ungewöhnlich häufig auftrat, er eine Anzahl von Fällen eines ungewöhnlichen Typs akuter Pharyngitis beobachtete. Der Beginn war ein plötzlicher: die Temperatur überstieg gewöhnlich nicht 39°, der Pharynx war meist rot und geschwollen und die Tonsillen in einigen Fällen vergrössert. Eine auffallende Erscheinung war die bedeutende Vergrösserung der zervikalen Lymphdrüsen, welche in allen Fällen einen ganz ungewöhnlichen Grad erreichte. In zwei Fällen ergab der Pharynx fast eine Reinkultur des Pneumokokkus und die Gleichartigkeit dieser beiden Fälle mit den anderen war derart, dass der Verf. es als unzweifelhaft ansieht, dass der Pneumokokkus die Ursache der Erkrankung in allen Fällen war.

Guthrie, Liverpool.

310. **Guttmann, V., Prag, Die Therapie der Tonsillitis lacunaris acuta mit Pyocyanase.** *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 25.*

Die bei Diphtherie vielfach verwendete Pyocyanase (Lingner und Krafft) wurde von Gullmann auch bei gewöhnlichen Anginen angewendet und zwar einmal täglich eingestäubt. Die meisten Patienten (es wurden 23 behandelt) reagierten schon am 2. Tage und in 17 Fällen verschwanden innerhalb dieser Zeit die Beläge schon. Nach 3—4 Tagen völlige Restitutio ad integrum. Unangenehme Folgen hat Verf. nie gesehen. R. Imhofer.

311. **Gaucher, Paris, Pharynxnekrose mit tödlichem Ausgang im Verlaufe der Syphilisbehandlung.** *Soc. méd. des Hôpitaux, 18. Juni 1909.*

Der Patient wurde mit Einspritzungen von grauem Öl behandelt. Er erhielt davon vier. Folgenden Monats bekam er Stomatitis und dann Pharynxnekrose; Tod durch Arrosionsblutung der linken Karotis. Vortragender meint, dass das graue Öl (Oleum cinereum: das 40% Quecksilber enthält, 0,55 g pro Kubikzentimeter) zu verwerfen ist, da es mehr Unheil stiftet als jede andere Behandlungsmethode.

Menier.

312. **Kafemann, Königsberg, Der Verlauf einer Blutung nach einer Adenoidoperation bei einem Bluter; mit Bemerkungen für die ärztliche Praxis.** *Med. Klinik, 40. 1909.*

Kafemann hat mit Erfolg in einem Falle von Nachblutung bei einer Adenoidoperation 4,0 g Chlorkalzium, das $^1/_2$ stündig in Lösung Ess-

löffelweise genommen wurde, angewendet. Bei Individuen, die Kalziumsalze vom Darm aus nicht resorbieren, werden Strontium- oder Magnesiumsalze 1,0—2,0 g gegeben. Die gerinnungsbefördernde Wirkung dieser Salze ist auch nach anderen Autoren eine vorzügliche. Würth.

313. **Reiche, Hamburg-Eppendorf, Scharlachähnliche Exantheme bei akuten Halsentzündungen.** *Med. Klinik 1909, Nr. 29.*

Derartige Erscheinungen sind nach Ansicht des Verf. weniger von dem ätiologischen Moment der jeweiligen Infektion abhängig, sondern mehr von einer individuellen Empfänglichkeit, es ist den toxischen scharlachähnlichen Exanthemen vergleichbar, die nach Gebrauch gewisser Medikamente bei dazu Disponierten auftreten. Sommer, Würzburg.

314. **Chauveau und Sartori, Pseudomykosis Pharyngis.** *Arch. intern. de Laryng., Juli-August 1909.*

Zwei Beobachtungen von einer ohne lokale und allgemeine Reaktionserscheinungen verlaufenden Mykosis der Tonsillen und der Gaumenpfeiler. Die bakteriologische Untersuchung und Züchtung aut verschiedenen Medien ergibt einen polymorphen Bazillus der fäulniserregend und sehr wenig virulent (wenigstens in den jungen Stadien) eine grosse Ähnlichkeit mit dem Pneumobazillus Friedländers hat und eine gewisse Neigung besitzt, demselben immer ähnlicher zu werden. Menier.

315. **Warden, Paris, Ein Wort für Anwendung von Diphtherie-Serums bei Masernlaryngitis.** *Lancet. 15. Mai 1909.*

Dieser Artikel kommt zu folgenden Resultaten: 1. Dass bei Masern sich häufig als Komplikation Laryngitis zeigt. 2. Dass sie gelegentlich membranös ist. 3. Dass nicht-diphtheritische membranöse Laryngitis bei Masern eine Ausnahme bedeutet. 4. Dass in allen Fällen von Laryngitis bei Masern sobald als möglich Injektionen von Diphtherie-Serum gemacht werden sollten. Guthrie, Liverpool.

316. **Waugh, London, Eine einfache Operation zur vollständigen Entfernung der Tonsillen mit Notizen über 900 Fälle.** *Lancet, 8. Mai 1909.*

Der Verf. empfiehlt verschiedene Arten von Tonsillektomie, zu deren Ausführung er das Hartmannsche Conchotome (Hetts Modifikation) verwendet, sowie eine gekrümmte Schere und eine feingezahnte, schneidende Zange. Guthrie, Liverpool.

4. Kehlkopf.

317. **Chesney, London, Der Gebrauch von Thorium und Radium bei einigen Krankheiten des Pharynx und Larynx.** *Practitionar, Aug. 1909.*

Der Verf. hat die Probe auf den therapeutischen Wert der Thorium-Emanation gemacht, indem er sie mittelst Inhalation durch eine Röhre anwendete, dreimal täglich je eine halbe Stunde lang. Bei 5 Fällen von tuberkulöser Laryngitis zeigte sich Heilung der Ulzera und Abnahme der Schwellung. Bei 4 vorgeschrittenen Fällen zeigte sich kein Erfolg. Das Lungenleiden zeigte sich in allen Fällen unbeeinflusst. Bei 10 Fällen

von katarrhalischer Laryngitis schien Besserung eingetreten. Der Verf. hat auch versucht, das Radium bei Behandlung von intralaryngaler Erkrankung anzuwenden, doch ohne besonderen Erfolg.

Guthrie, Liverpool.

318. **Hahn, Turin, La galvanocaustica nella cura della tubercolosi laringea — (Die Galvanokaustik in der Behandlung der Larynxtuberkulose).** *Arch. it. d. Otologia etc. Vol XX, fasc. 2—4.*

Obwohl frühere Versuche mit der Galvanokaustik bei Larynxtuberkulose ihn wenig befriedigt hatten, ist Hahn, angeregt durch die selbst beobachteten glänzenden Erfolge Mermods (Lausanne) doch wieder — mit neuester Indikationsstellung und Technik — zu derselben zurückgekehrt und empfiehlt nun auf Grund seiner an poliklinischen und Privatpatienten erzielten Resultate die Methode aufs angelegentlichste und zwar je nach Lage des Falles entweder in der Form des Mermodschen Vorgehens oder als Grünwaldschen Tiefenstich. Eine Reihe ausführlicher Krankengeschichten illustriert die Ausführungen, die neben einer historisch-kritischen Übersicht über die Literatur der Galvanokaustik und allgemeinen Erörterungen über Prognose der Larynxphthise einen sicher zu unterschreibenden Appell an die Laryngologen enthalten, der s. Z. von Roepke-Melsungen gegebenen Anregung zu folgen und entsprechend der Turban-Gerhardschen Einteilung der Lungentuberkulose sich auch über eine Studieneinteilung der Larynxtuberkulose zu einigen. Die Verständigung und die vergleichende Kritik würde dadurch sicherlich nur gewinnen. Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. Rügen.

319. **Hudson-Makuen. The action of the respiratory muscles in the production of voice.** *The Laryngoscope XIX, Nr. 9, Sept. 1909.*

Makuen ist der Meinung, dass man bei künstlerischer Verwertung der Stimme den für gewöhnlich unwillkürlichen Gebrauch der Atemmuskeln in einen willkürlichen umgestalten müsse. Der aktive Gebrauch der Atemmuskeln weiche von dem unwillkürlichen, für den er den nicht ganz zutreffenden Ausdruck passiv gebraucht, in manchen Punkten ab, so namentlich trete bei der einfachen „passiven“ Atmung das Zwerchfell in erster Reihe bei der Inspiration in Funktion, indem es die Rippenheber unterstützt, die „passive“ Exspiration geschehe ohne Muskeltätigkeit nur durch die Elastizität, bei der „aktiven“ d. h. willkürlichen Inspiration, wie dieselbe beim Sprechen und Singen erforderlich ist, solle die inspiratorische Erweiterung der Thorax lediglich durch die Rippenheber erreicht werden, das Zwerchfell müsse stillstehen, um bei der Exspiration aktiv gemeinsam mit dem Abdominalmuskel den Brustraum zu verengern. Das Zwerchfell, das gewöhnlich unter die unwillkürlichen Muskeln gerechnet werde, sei dem Willen unterworfen.

Durch den ganzen Aufsatz hindurch geht als roter Faden die Betonung einer guten Atemführung für den Gesang und die Rede, wie sie Hauptaufgabe für den Stimmbildner ist und könne bei guter Schulung jederzeit erworben werden. P. Heymann.

320. **Johnston, Direkte Laryngoskopie.** *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 33 und Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 2.*

Johnston benutzt den Jacksonschen Spatel und zwar nach Mosher bei gebeugtem Kopf. Man soll bei bequemerer Handhabung das Innere des Kehlkopfes besser sehen als bei hyperextendiertem Kopf. Bei kleinen Kindern ist Narkose entbehrlich, grössere sowie Erwachsene müssen anästhesiert oder narkotisiert werden. Arth. Meyer.

321. **Sargnon und Barlatier, Gegenwärtiger Stand der Laryngostomie.** *Rev. hébd. de Lar. 1909, Nr. 37.*

Die Väter der Laryngostomie haben ihre Technik in einigen Stücken modifiziert. So nähen sie den eröffneten Kehlkopf sofort an die Haut, wodurch die Übersichtlichkeit grösser wird. Die Narben exzidieren sie jetzt, soweit als möglich, um die Gangrän einzuschränken. Aus demselben Grunde dilatieren sie in der ersten Woche nicht mit Kautschuk-Drain, sondern mit Gaze; für später aber bleiben sie der Dilatation caoutchoutée treu. Das Verfahren ist abgekürzt, das erforderliche Kaliber wird schon nach 4—5 Monaten erreicht. Dagegen beeilen sie sich nicht mit der Plastik, sondern lassen die Wunde lange offen und lassen beim Kinde gern eine Sicherheitsfistel. — Bei Papillomen ist die Drain-Dilatation aufgegeben und die durch Gaze am Platze. Arth. Meyer.

322. **Scheier, M., Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme.** *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 2.* Vgl. den Bericht über den Vortrag in der Sitzung der Berlin. laryng. Gesellsch. v. 21. V. 1909 (d. Zeitschr. S. 204).

Dem Aufsatz sind zahlreiche instruktive Röntgenogramme und erläuternde Skizzen beigegeben. Arth. Meyer.

323. **Sendziak, Die Radikalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren.** *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 9.*

Auf Grund einer neuen Statistik von 1002 Fällen kommt Verf. zu dem Resultat, dass für die Frühfälle die Laryngofissur, für die Spätfälle und die Rezidive die totale Larynxresektion die meisten Heilungschancen bietet. M. Levy, Charlottenburg.

324. **della Vedova, Contributo alla Cura chirurgica conserativa del Cancero laringeo (Beitrag zur konservativen Chirurgie des Larynxkarzinoms).** *La Pratici otorino laringoiatrica 1909, Nr. 2.*

Die konservative Behandlung des Larynxkarzinoms, zu der della Vedova allmählich immer mehr übergegangen ist — ohne jedoch die Berechtigung und den Wert der Larynxexstirpation in gewissen schweren Fällen zu bestreiten — würde sicherlich noch mehr leisten können, wenn mehr Frühdiagnosen gestellt würden, d. h. wenn die Praktiker den Kehlkopfspiegel mehr benützten. Della Vedova berichtet einen Fall, der, rechtzeitig von dem behandelnden Arzt diagnostiziert, durch Laryngofissur und Exzision des affizierten Stimmbandes mit gutem und bisher dauerndem Erfolg geheilt wurde. Ob es gelingt, die Indikation für die Laryngo-

fissur auch nach der Seite schon schwererer, nicht mehr lokalisierter Affektionen zu erweitern, muss die Zukunft lehren.

Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. Rügen.

5. Trachea. Bronchien. Ösophagus.

325. **Araoz Olfaro Greg., Sobre un caso juco común del cancer del esòfago (Über einen wenig häufigen Fall von Ösophaguskarzinom).** *Revista de la Sociedad Medica Argentina, Mai-Juni 1909, S. 359—369.*

Patient kam mit einem ziemlich starken Schmerz am unteren und vorderen Teile des Halses, mit Schwierigkeit und Schmerzen beim Schlucken und allgemeinen Symptomen und Husten. Am unteren Teile des Halses (d. h. in der suprasternalen Grube) war eine Schwellung vorhanden; die bedeckende Haut war rot. Es war eine Thyreoiditis, die nach und nach total verschwand.

Zwei Monate später kam Patient wieder; der Husten war häufig, in Anfällen kommend, keuchhustenartig; etwas Dyspnoë. In diesem zweiten Stadium der Krankheit bestand keine Dysphagie. Patient stirbt. Bei der Obduktion findet man ein Ösophagusepitheliom am unteren Drittel, die Speiseröhre stand durch eine Perforation in Verbindung mit dem linken Bronchus. Unter dem linken Lappen der Gl. Thyroidea eine grosse, indurierte Drüse. Die interessanten Tatsachen des Falles sind: Vollständige Latenz der Krankheit vor dem Auftreten der Thyreoiditis; ausschliesslich mediastinale Symptome; Fehlen des Hauptzeichens eines Karzinoms, d. h. der progressiven Dysphagie. Menier.

326. **Guisez, Paris, Versuche einer Behandlung des Ösophaguskarzinoms mit Radium.** *Archives Générales de Médecine, Juli 1909.*

Bei schon vorgeschrittenen Krebsen konstatierte Verf. eine bedeutende Besserung; er hofft, dass in von Anfangsstadium an behandelten Fällen die Heilung erzielt sein wird, wenn man sehr starke Radiumdosen anwendet (0,8 bis 0,10 cg Radium). Menier.

327. **Derselbe, Unpassierbare narbige Verengerungen der Speiseröhre und Ösophagoskopie. Unmittelbare Resultate und Dauererfolge (Studie basiert auf 35 eigene Fälle);** *Annales des Maladies l'oreille. Tome XXXV, Nr. 9.*

Die 35 Fälle, die Guisez diesmal hintereinander mitteilt, sind für den französischen Leser zum grossen Teil alte Bekannte, von denen er manchen sogar wiederholt begegnet ist. Guisez ist eben für Frankreich ein Vulgarisator der Broncho-Ösophagoskopie geworden, und um dies zu werden, musste er anfangs, solange sein persönliches Beobachtungsmaterial nicht bedeutend war, denselben Fall von verschiedenen Seiten aus beleuchten. Die gegenwärtig vorliegende Studie beweist, dass er das Material gut auszunutzen verstanden hat, denn seine Erfolge in der Behandlung der unpassierbaren Strukturen des Ösophagus können geradezu in der letzten Zeit als glänzende betrachtet werden. Guisez hat anfangs noch seine Zuflucht zur Ösophagotomia interna, selbstverständlich unter Leitung

der Ösophagoskopie genommen. In letzterer Zeit scheint es, dass er diese nicht ungefährliche Methode zugunsten der elektrolytischen Methode aufgegeben habe. Von den 35 Fällen, die ihm aus allen Gegenden Frankreichs und namentlich aus den Pariser Spitälern zugesendet worden sind, hat Guisez — und es befanden sich verzweifelte Fälle unter denselben — bei 28 Fällen ein fast normales Kaliber des Ösophagus erzielt. Ein einziges Mal blieb der Erfolg ganz aus, einmal liess er zu wünschen übrig. Endlich habe er auch 4 Todesfälle zu verzeichnen, von denen 2 allerdings nicht der ösophagoskopischen Behandlung zuzuschreiben sind.

Lautmann, Paris.

328. **Heschelin, Alexander, Odessa, Seltener Fall von kombiniertem Fremdkörper der Speiseröhre und der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 32.*

Die Spitze eines von einem 9 Monate alten Kindes verschluckten Reissnagels durchdrang in der Höhe des VI. Halswirbels die vordere Ösophagus- und die hintere Trachealwand, im Lumen der Trachea frei endend. Hautschnitt wie bei der Tracheotomia inf., Verdrängung der Trachea nach rechts, Eröffnung des Ösophagus. Die Entfernung durch die Wunde gelingt nicht; sie wird schliesslich per os mittelst des eingeführten Fingers bewerkstelligt. Heilung. Hirsch, Magdeburg.

329. **Lovett, Ein durch einen Fremdkörper veranlasster Durchbruch in die Aorta: Tödliche Blutung.** *Brit. Med. Journ. 1. Mai 1909.*

Der Patient war ein Knabe von 8 Jahren, der Fremdkörper ein halber Penny, welcher sich seit 4 Jahren im Ösophagus befand. Als der Patient in Behandlung kam, war der durch Blutverlust hervorgerufene Verfall der Kräfte so gross, dass eine Operation nicht mehr möglich war und der Tod nach einigen Stunden eintrat. Die Sektion zeigte eine Öffnung von der Grösse eines Stecknadelkopfes zwischen der Aorta und dem Ösophagus, welche durch Bindegewebe fest verbunden waren.

Guthrie, Liverpool.

330. **Marschik und Vogel, Fremdkörper in den oberen Luft- und Speisewegen mit besonderer Berücksichtigung der Ösophagotomie.** *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 41, 1909.*

Eine sehr instruktive Abhandlung, was die Art der Fälle und deren Behandlung betrifft. Die Verff. halten — für Fremdkörper in den oberen Luftwegen — besonders für den nicht spezialistisch geschulten Arzt an der Tracheotomie als an der Operation der Wahl fest. Für Fremdkörper in den oberen Speisewegen reden sie der Ösophagotomie das Wort.

F. M. Wolf, Würzburg.

331. **Moure, Fremdkörper des Osophagus.** *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 36.*

Die Ösophagoskopie steht zurzeit im Mittelpunkt der Diagnostik und auch der Therapie der Fremdkörper. Sie versagt jedoch in dem häufigen Falle, dass Münzen sich am oder dicht unter dem Cricoid festklammern; das Rohr rutscht dann unversehens an dem Geldstück vorbei. Hier leistet die Röntgenoskopie für die Diagnose, der ausgezeichnete

und unschädliche Kirmissonsche Haken für die Therapie das Beste. Ebenso lassen sich kompliziert gebaute Fremdkörper, die ihrer Beschaffenheit wegen nicht zerkleinert werden können, auf ösophagoskopischem Wege nicht entfernen; als Beispiel dient der Fall eines Kindes, das einen metallenen Spielzeuganker verschluckt hatte; dieser musste durch Ösophagotomie entfernt werden. Arthur Meyer, Berlin.

332. **Tanturri, Neapel, Su due casi di spasmo esofageo diagnosticati e curati con la esofagoscopia (Über zwei mit dem Ösophagoskop diagnostizierte und geheilte Fälle von Spasmus oesophagi).** *Arch. it. di Laringologia etc. 1909, fasc. 4.*

Nach kurzer Erörterung der Bedeutung der Ösophagoskopie für die Kenntnis der Symptomatologie und für die Therapie der Fremdkörper und Erkrankungen in der Speiserröhre berichtet Tanturri über zwei Fälle von Spasmus ösophagi, die beide, schleichend sich ausbildend, schliesslich nur langsames Schlucken kleinster Flüssigkeitsmengen gestatteten, daher zu starker Reduktion des Ernährungs- und Kräftezustandes führten und den dringenden Verdacht auf Karzinom nachwiesen. Während es in beiden Fällen nicht gelang, eine Sonde einzuführen, drang das ösophagoskopische Rohr überraschend leicht bis zur Cardia. Die Patienten tranken sofort eine grössere Menge Milch und nach einigen Tagen, nachdem die Einführung des Rohres noch einmal vorgenommen war, waren sie völlig geheilt. Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. Rügen.

6. Mundhöhle.

333. **Josef Kapp, Berlin, Über die Therapie der infektiösen Mundkrankheiten.** *Therap. Monatsschr. Mai 1909.*

Verf. hat bei Foetor ex ore verschiedener Provenienz neben der kausalen Therapie Formaminttabletten kauen lassen und damit günstige Resultate erzielt. Auch bei Ozäna wirkten Spülungen mit gelöstem Formamint günstig. M. Levy, Charlottenburg.

334. **Leuillier und Maurice, Über die spontane Anstossung eines Calculus des Ductus Whartoni.** *Journal de Médecine de Paris, 14. August 1909.*

Die Patientin hat Trismus seit 10 Jahren; beim Öffnen des Mundes fühlt sie einen Schmerz in der Articulatio temporo-maxillaris.

Eines Tages wird eine starke Schwellung der Unterkiefergegend und des Unterkieferwinkels konstatiert. Patientin hatte Fieber. Nach 8 Tagen verschwanden alle diese stürmischen Erscheinungen. Ganz plötzlich fühlt sie einen starken Schmerz an der Zungenwurzel, dabei wird sie ohnmächtig, und der Stein wurde ausgestossen. Er ist dattelkernförmig, 2 cm lang, dreiteilig.

Die Schmerzen im Gelenk erklären sich durch die Innervation desselben (Nervus maxill. inf., der auch den Musculus mylo-hyoideus versorgt; der Stein lag zwischen letzterem und Musc. hyo-glossus eingekeilt). Menier.

335. **Harris Peyton Mosher, The form of the hart palate.** *The Laryngoskope XIX 1909, April, Nr. 4.*

Die Ursachen der Abweichungen des Gaumens von der normalen Form sind nach Mosher

1. schlechtes Aufeinanderpassen der Zähne;
2. ungleiches Wachstum der einzelnen Septumgebiete;
3. tiefes Herabsteigen der Kieferhöhlen;
4. fehlerhafte Entwickelung und Schrumpfung der vorderen Kieferteile;
5. Asymmetrie der beiden Gaumenhälften.

Die wichtigste Ursache der Abweichungen sei die Asymmetrie der beiden Gaumenhälften, die etwa zur Hälfte der Fälle zusammenhinge mit einer Ungleichmässigkeit der Entwickelung des ganzen Schädels, zur anderen Hälfte aber ihre Entstehung der asymmetrischen Bildung der Gesichtsknochen verdanke. Vergesellschaftet sei diese ungleichmässige Bildung in fast allen Fällen mit Abweichungen des Vomers und des Septums im ganzen. Die Form des Gaumenbogens ist abhängig von der Form des gesamten Kopfes und namentlich von der Gestalt der Zahnreihe. Er führt den Einfluss der oben angeführten fünf ätiologischen Momente auf die Entwickelung des Gaumens nach der Geburt zurück. Besonderes Gewicht legt er auf die unregelmässige Entwickelung und Stellung der Zähne.

P. Heymann.

336. **Rudolf Schulz, Über Geschmacksstörungen bei Mittelohraffektionen.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 79.*

Nach Besprechung der bisher vorhandenen Literatur und der in Frage kommenden anatomischen Verhältnisse berichtet Verf. über Geschmacksprüfungen, die er an 50 Patienten der Göttinger Ohrenklinik ausgeführt hat. In 6 Fällen schwerer chronischer Mittelohreiterung fehlte jede Störung des Geschmacks, in anderen Fällen fanden sich Ausfallserscheinungen oder Geschmackstäuschungen. Totale Geschmackslähmung wurde nie beobachtet. Meist beschränkte sich die Lähmung auf die vorderen zwei Drittel der Zunge, in einigen Fällen war auch das hintere Drittel und bei einem Patienten auch der weiche Gaumen betroffen. In einem Falle fand sich verlangsamte Leitung. Auch bei 8 Totalaufgemeisselten kein Fall vollkommener Geschmackslähmung. Bei 3 Patienten, bei denen die Hammerambossextraktion vorgenommen war, fehlte auf den vorderen zwei Dritteln der entsprechenden Zungenseite jede Geschmacksempfindung. Von den Patienten mit akuter Mittelohreiterung hatten 2 normalen Geschmack, die übrigen nur in den vorderen zwei Dritteln Geschmacksstörungen.

M. Levy, Charlottenburg.

337. **Stuart-Low, London, Ein Beitrag zur Chirurgie der Zungenschilddrüse.** *Brit. Med. Jour. 22. Mai 1909.*

Nach Hinweisung auf die Natur und die Verschiedenartigkeit der Zungenschilddrüse werden die Methoden angeführt, welche gewöhnlich bei Behandlung dieser Tumoren angewandt werden, nämlich Pharyngotomia subhyoidea, oder Entfernung durch den Mund verbunden mit dem Gebrauch des Kauter. In Fällen, wo ein grosser Tumor vorhanden ist, wurde am häufigsten die Pharyngotomie unterhalb

des Zungenbeins angewandt. Ihre Nachteile sind jedoch bedeutend und sehr bekannt, und deshalb wandte der Verf. bei dem hier beschriebenen Falle ein Verfahren an, über welches er keinen früheren Bericht gefunden.

Die Patientin war 32 Jahre alt; eine grosse, feste Geschwulst nahm den hinteren Teil der Zunge ein und ragte stark über die Oberfläche hervor. Ein ähnlicher Zustand hatte sich vor 11 Jahren gezeigt und wurde durch einen anderen Chirurgen eine Operation durch den Mund gemacht. Infolge eines Rezidivs war, 9 Monate bevor die Patientin in Behandlung des Verf. kam, eine zweite Operation gemacht worden. Die vom Verf. angewandte Methode war folgende: Unter Chloroform-Anästhesie wurde die Laryngotomie ausgeführt und der Pharynx verstopft. Die Zunge wurde dann durch zwei starke seidene Schnüre versorgt, welche tief durch die Masse gezogen waren und von der Spitze bis zur Basis gespalten. Der Tumor wurde so gut freigelegt und da er eine dicke Kapsel hatte, konnte er vollständig ausgeschält werden mit Ausnahme eines kleinen Teiles der Kapsel, der sehr tief sass, welcher gründlich ausgeschabt und mit einer starken Lösung von Chlorzink eingerieben wurde. Die Zunge wurde dann von der Spitze bis zur Wurzel zusammengenäht. Der Tumor war von der Grösse einer kleinen Orange und bestand aus Schilddrüsengewebe. Guthrie, Liverpool.

338. **Vaquier, Amygdalitis lingualis phlegmonosa; späte Ausstossung des Erregers.** *Archives internat. de Laryngologie. Juli-August 1909.*

Patient, der habituell an Anginen litt, hatte eine Phlegmone der Zungentonsille; spontaner Durchbruch nach den Untersuchungen. Patient fand im Eiter ein Ährenstück, das er vor anderthalb Jahren verschluckt hatte und welches sich wahrscheinlich in einer Krypte der Zungentonsille eingekeilt und versteckt hatte. Die Erinnerungen des Patienten daran waren sicher. Menier.

7. Grenzgebiete.

339. **Barbieri, Subakute Pankreatitis und Glykosurie nach der epidemischen Parotitis.** *Gazzetta degli Ospedali. 2. März 1909.*

Verf. glaubt, dass das Pankreas (Bauchspeicheldrüse), das so viele funktionelle und anatomische Analogien mit der Parotis besitzt, öfter als man glaubt, durch die Toxine der Parotitis infiziert sein soll. Sein Fall ist der erste einer Serie, die mit den Fortschritten der Forschung grösser werden wird. Theoretisch besteht kein Hindernis, dass das Pankreas, wie die anderen Drüsen (Hoden, Eierstock) von einem solchen Virus infiziert werde. Der vorliegende Fall beweist es genügend. Menier.

340. **Clerc, Mailand, Ascesso cerebrale rinogeno. Etmoidite suppurata dectra con flemmone del cavo orbitale corrispondente Interventi operativi — (Hirnabszess infolge Naseneiterung. Siebbeineiterung mit Phlegmone der entsprechenden Augenhöhle. Operatives Vorgehen).** *La Pratica otorinolaringoiatrici, 1909, Nr. 2.*

Gegenüber dem überragenden Prozentsatz, mit dem otitische Prozesse sich an den Hirnabszessen ätiologisch beteiligen, sind die ätiologischen Beziehungen der Nase zu Hirnabszessen relativ wenig beobachtet und beachtet worden. Neben anderen ist es vor allem Onodi, der in letzter Zeit die Aufmerksamkeit auf diesen Zusammenhang mehr hingelenkt hat.

Clerc berichtet über einen einschlägigen Fall. Mit leichten Kopfschmerzen und Nasenkatarrh beginnend, dann zu Fieber, schweren Kopfschmerzen und eitrigem Nasenausfluss führend, wird die Affektion anfangs für ein rheumatisches Fieber gehalten und dementsprechend behandelt, dann fälschlich als akutes Empyem der Stirnhöhle diagnostiziert und erst das Eintreten allarmierender Allgemeinsymptome: Dysphasie, Parästhesien, Paralyse des Okulomotorius, Sopor, Konvulsionen und Cheyne-Stokessche Atmung brachte die Diagnose eines intrakraniellen Prozesses und führte zu einem, freilich nicht viel Erfolg versprechenden chirurgischen Eingriff, der einen Abszess im linken Frontallappen eröffnete und entleerte. Der Patient kam aber zum Exitus.

Ein zweiter von Clerc mitgeteilter klinischer Fall illustriert die Notwendigkeit bei Siebbeineiteungen mit, wenn auch nur geringer Beteiligung der Orbita, baldigst energisch chirurgisch vorzugehen. Von den verschiedenen Methoden empfiehlt Clerc die auch von della Vedova in diesem und anderen Fällen angewandte endonasale Methode: Resektion der mittleren Muschel, Eröffnung der Bulla ethmoidalis und Ausräumung des ganzen Infektionsherdes durch diese hindurch. Mit gutem Erfolg verbindet diese Art der Operation die Vermeidung stärkerer Entstellung.

Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. Rügen.

341. **Dewatripont, Bakteriologische Beziehungen zwischen Nase und Tränenwegen.** *Rev. hebd. de lar. 1909. Nr. 29 u. 34.*

1. In 4 Fällen von Dakryozystitis bei Ozäna fand sich im Tränensack der Löwenbergsche Bazillus, zweimal rein, zweimal mit Pseudodiphtheriebazillen assoziiert. 2. In 3 Fällen von phlegmonöser Dakryozystitis ergab teils das Ausstrichpräparat, teils das Tierexperiment die Anwesenheit von Tuberkelbazillen. Zugleich bestand Rhinitis, einmal tuberkulöse Eiterung submaxillarer Drüsen. Arth. Meyer.

342. **Delie, Angina pseudo-membranaea streptococcica und Blinddarmentzündung.** *Arch. intern. de laryngologie, Juli-August 1909.*

Nach einer Angina mit Pseudomembranen und Anwesenheit von Streptokokken machte Patientin eine Appendizitis durch, die, ohne Eiterung, nach drei Monaten total heilte.

Verf. sieht einen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen, d. h. Einbruch einer und derselben Mikrobenart in zwei Organe, die dieselbe Struktur besitzen. Menier.

343. **Dunhill, Melbourne, Bemerkungen über partielle Thryoidektomie mit besonderer Beziehung zur Basedowschen Krankheit und Beobachtungen bei 113 Operationen unter lokaler Anästhesie.** *Brit. Med. Journ. 22. Mai 1909.*

Dieser Artikel handelt von 113 Fällen, bei welchen Dunhill in einem Zeitraum von 20 Monaten die Operation der partiellen Thyroid-

ektomie grösstenteils bei Basedowscher Krankheit ausführte. Er unterscheidet vier verschiedene Typen dieser Krankheit: 1. Fälle, welche alle klassischen Anzeichen aufweisen, aber ohne organisches Herzleiden und ohne Ödem und die noch imstande sind, einige Arbeit zu verrichten. 2. Fälle, welche alle klassischen Symptome zeigen, bei denen aber die Symptome so vorgeschritten sind dass in den Herzklappen- oder Muskeln organische Veränderungen stattgefunden haben und Oedem vorhanden ist. 3. Fälle, bei denen die klassischen Anzeichen nur wenig entwickelt sind und bei denen sich hauptsächlich Toxämie zeigt. 4. Untergeordnete Fälle, bei welchen der Kropf bereits einige Zeit vor dem Hervortreten der thyrotoxischen Symptome vorhanden war.

52 der vom Verf. beobachteten Fälle gehörten zum ersten Typ. In jedem dieser Fälle bewirkte die Operation vollständige Heilung, mit Ausnahme eines Falles, wo der Tod eintrat. Was die Fälle des zweiten Typs anbelangt (von denen 8 vorhanden waren), so kann eine vollständige Heilung nicht erwartet werden, doch kann man sich von der Operation immer grosse Erleichterung versprechen.

Der dritte Typ, zu welchem zwei Fälle gehörten, kann als der wenigst günstige angesehen werden; der eine Fall wurde durch die Operation gebessert, während sie beim andern wirkungslos blieb. — Fünf Fälle gehörten dem vierten Typ an und alle waren von Erfolg gekrönt. Nach Ansicht des Verf. ist die lokale Anästhesie für den Erfolg bestimmend, wie andererseits auch für die Ungefährlichkeit der Operation der Basedowschen Krankheit. Unter Allgemeinnarkose kann die Operation nicht als unbedingt gefahrlos angesehen werden. Unter lokaler Anästhesie ist sie zu empfehlen, solang der Patient nicht moribund ist. Einer Tendenz zu akutem Thyroidismus nach der Operation tritt man am besten durch reichliche Injektion von Wasser entgegen. Dunhill ist entschieden dafür, die Drüsensubstanz nicht zu quetschen, bevor man sie durchtrennt, da er glaubt, dass dadurch die Absorption durch die Venen der Lymphgefässe sehr gefördert wird und so die Gefahr des akuten Thyroidismus grösser wird. Guthrie, Liverpool.

344. Glas, Emil, Die Bedeutung der Rhinologie und Laryngologie für die interne Diagnostik und Therapie. *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1909.*

Der Verf. erörtert in seiner Probevorlesung zur Erlangung der venia legendi die Wichtigkeit der genauen Untersuchung der oberen Luftwege für die interne Diagnose und Therapie und kommt zu dem Resultat, dass der Schröttersche Satz von der fruchtbringenden Förderung der internen Diagnostik durch unsere Disziplin mehr denn je zu Recht besteht.

F. M. Wolf, Würzburg.

345. v. der Hoeve, Sehnervenerkrankungen bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase. *Arch. f. Augenheilk. Bd. LXIV, 1909, S. 18.*

An 3 Fällen beschreibt Hoeve als erstes Symptom bei Entzündung der hinteren Nebenhöhlen eine deutliche Vergrösserung des blinden Fleckes für Weiss und Farben, noch bevor ein zentrales Skotom eintrat. Man muss daher stets auch daraufhin untersuchen. Haeffner.

346. **Limbourg, Ph., Beziehungen zwischen Auge und Nase hinsichtlich physiologischer Verhältnisse in Behandlung von Erkrankungen des Tränennasenganges.** *Archiv f. Augenheilk. Bd. LXII, S. 79, 1909.*

Limbourg bekennt sich als Anhänger der Aspirationstheorie bei der Ableitung der Tränen und führt einige Gründe für diese Theorie an. Er weist auf die Beziehungen der Tränensackleiden zur Nase hin und spricht für Anwendung dicker Sonden, die aber nur in wenigen kurzen Sitzungen angewendet werden sollen. Haeffner.

347. **Marfan, Rhachitis und Glottiskrampf.** *Journal de Médecine de Paris, 3. April 1909.*

Darlegung der Theorien der österreichischen Schule (Escherich Kassowitz u. a.). Behandlung: Regulierung der Nahrung und Phosphorlebertran (1 pro 10000). Menier.

348. **Nieddu, Florenz, Una piccola epidemia di appendicite stadiate in rapporto allo stato dell' annello lymphatico di Waldeyer. (Eine kleine Appendizitisepidemie in ihrem Zusammenhang mit Affektionen des Waldeyerschen lymphatischen Ringes.)** *Bolletino delle malatie dell' orechio etc., 1909, Nr. 9.*

Der speziell von Kretz verfochtene enge Zusammenhang von Streptokokkenangina und schwerer Appendizitis, wobei die Blutbahn den Infektionsweg abgibt, wird gut illustriert durch eine kleine Epidemie von 5 Fällen von Appendizitis, bei der in 4 Fällen eine Angina entweder vorausgegangen war oder zurzeit noch bestand. Bei einem der Fälle, der zur Sektion kam, fanden sich Eiterherde in der Tonsille und in den Submaxillardrüsen, sowie Lymphangitis im Meseuteriolum. Eiter des Tonsillenherdes, des Drüsenabszesses und des Appendixexsudates ergaben alle drei Streptokokkenkulturen. Ebenso der Tonsillenbelag und Eiter des appendizitischen Abszesses bei einem durch Operation geheilten Fall.
Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. Rügen.

349. **Reinewald, Giessen, Ein Fall von rhinogener Meningo-Encephalitis serosa.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. XLXXX. Jahrgang, 8. Heft.*

Ein sehr interessanter lehrreicher Fall. Zu kurzem Referate nicht geeignet. F. M. Wolf, Würzburg.

350. **Rupprecht, J., Über einen Varix der Orbita unter dem Bilde der Mukozele des Sinus frontalis.** *Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. Beilageh. z. XLVII. Jahrg. S. 118, 1909.*

Der Tumor sass zwischen Periost und Knochen und liess sich leicht herausschälen; der Ausgangspunkt aber liess sich nicht feststellen.
Haeffner.

351. **G. Till, Hyoideales Chondrosarkom.** *Casopis lékaruv ceskych. 1909, Nr. 37.*

Beschreibung eines einschlägigen Falles bei einer 33jähr. Frau. Die Geschwulst war faustgross, an der Cart. thyreoid. und am ersten Trachealringe adhärent, liess sich aber leicht ablösen. Glatte Heilung. Mikrosk.

fand sich hyaliner Knorpel und fibrillärer Knorpel. Zahlreiche Gefässe; um diese herum Zellen von Sarkomtypus. Erörterung der Möglichkeiten der Genese der Geschwulst. Die Prognose ist nur relativ benigne, da maligne Degeneration sehr häufig; daher rechtzeitige Operation nötig. In der Literatur bisher zwei Fälle beschrieben. Imhofer.

352. **Vitello, Bedeutung des Schilddrüsezeichens bei akuten Infektionen.** *Il Morgagni, Februar 1909.*

Die Thyreoiditis, die durch eine akute Infektion bedingt ist, muss immer als örtlicher Ausdruck einer schweren und bedrohlichen Allgemeininfektion betrachtet sein; sie beweist entweder, dass die Virulenz der Keime sehr stark ist oder dass die organische Resistenz des Patienten abgeschwächt ist. Menier.

353. **L. Williams, London, Adenoide, nächtliche Inkontinenz und die Schilddrüse.** *Lancet, 1. Mai 1909.*

Der Verf. glaubt, dass in vielen, wenn nicht allen Fällen von Inkontinenz der Zustand der Insuffizienz der Schilddrüse zuzuschreiben ist, und dass, wenn Adenoide und Inkontinenz verbunden sind, sie beide auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind. Was die Adenoiden als Ursache der Inkontinenz anbelangt, so hat der Verf. gefunden, dass sie durch deren Entfernung verschlimmert wurde. Er hat 25 Fälle mit kleinen Dosen von Thyroid-Extrakt behandelt. Diese Behandlung versagte nur in einem Falle; bei allen anderen Fällen war der Erfolg ein vollständiger, oder es trat eine bedeutende Besserung ein.

Die Dosierung muss anfangs klein sein und allmählich steigen.

Guthrie, Liverpool.

354. **G. Zickgraf, Über die Komplikationen der Lungentuberkulose von seiten der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XIV, H. 6, 1909.*

Verf. hat 974 Heilstättenpfleglinge auf Komplikationen seitens der oberen Luftwege untersucht. Er spricht nur dann von einer Komplikation des Lungenleidens durch pathologische Prozesse der oberen Luftwege, wenn die Veränderungen die Funktionen dieser Organe stören oder beträchtliche subjektive Beschwerden machen. Er fand bei 144 Fällen Rachenkomplikationen; an Nasenengigkeit litten 109; sonstige Nasenerkrankungen hatten 51; Kehlkopftuberkulose diagnostizierte er 35 mal; sonstige Kehlkopfkomplikationen hatten 58 Kranke. — Die Bedeutung dieser Veränderungen in den oberen Luftwegen für die Entstehung und den Verlauf der Lungentuberkulose, ferner die Indikationen für therapeutische Eingriffe werden besprochen. Schröder, Schömberg.

III. Literaturverzeichnis.

Allgemeines. Geschichte.

Adam, Glasgow, Chronic Oedema of the Face and Mucous Membranes. *Brit. med. Journ., Oct. 2, 1909.*

Buchanan, Glasgow, Latent Infections by the Diphtheria Bacillus. The Bacteriological Aspects. *Brit. med. Journ., Aug. 28, 1909.*

Ceradini und **Isoni,** Sulla presenza di bambini Sani portatori di bacilli difterici nelle scuole. Über den Schulbesuch von gesunden Kindern, welche Diphtheritisbazillen tragen. *Giornale della Reale Società italiana d'Igiene, 31. Juli 1909.*

Green, Lincoln, Common Types of Sore Throat. *Brit. med. Journ., July 24, 1909.*

Grossmann, Michael, Wien, Über Dyspnoe und Apnoe. *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 19—24.*

Hurd, L. M., Pemphigus of the Throat—Report of a Case. *The Laryngoscope XIX Nr. 9, Sept. 1909.*

Kluger, Ladislaus, Über Propäsin, ein neues Lokalanästhetikum. *Therap. Monatsh., XXIII. Jahrg., Februar 1909.*

Meyer, Robert, Protargol bei Erkrankungen des Nasen- und Rachenraumes. *Therap. Monatsh., Juni 1909.*

Nase und Nebenhöhlen.

Adam, Glasgow, The Pathology and Treatment of Atrophic Rhinitis. *Glasgow. med. Journ., July 1909.*

Anton, W., Graz, Beitrag zur Morphologie des Jacobsonschen Organs und der Nasenhöhle der Kryptobranchiaten. *Morpholog. Jahrbuch., Bd. 38, H. 3.*

Balla, Un caso di riflesso nasale non commune. (Ein Fall von ungewöhnlichen Nasalreflex.) *XII Congresso ital. di Laringol. in Archivio ital. di Otolog. etc., 1909, No. 3.*

Bruzzone, Polipi sanguinanti del setto nasale. (Blutende Septumpolypen.) *XII Congresso ital. di Laringol. etc. in Archivio ital. di Otolog. etc., 1909, No. 3.*

Caboche, H., Sarcome ethmoïdal; résection de l'ethmoïde par la voie paranasale supérieure; propagation intra-cranienne. *Rev. hébd. de lar., 1909, No. 23.*

Chiari, O., Über angeborene, membranöse, retronasale Verschlüsse der Choanen. *Wien. med. Wochenschr., 1909, Nr. 11.*

Citelli, Mucocele frontale suppurato curato col metodo proposto l'anno scorso per l'autore. (Vereiterte Mukozele der Stirnhöhle geheilt durch die im vorigen Jahre veröffentlichte Methode des Autors.) *XII Congresso ital. di Laringol. in Archivio di Otolog. etc., 1909, No. 3.*

Fraser, J. S., The Histology of Nasal Accessory Sinus Suppuration. *Journ. of Laryngol. XXIV, Nr. 9, Sept. 1909.*

Fridenberg, P., The Orbital Route to the Accessory Sinuses. *The Laryngoscope XIX, Nr. 8, August 1909.*

Furet, F., Sarcome de la fosse nasale; opération de Moure. *Rev. hebd. de lar., 1909, No. 25.*

Grant, Dundas, London, Recent discussions on the Nasal Accessory Sinuses in relation to the Optic Nerves. *Journ. of Laryngol., May 1909.*

Guthrie, Liverpool, The Radical Operation for chronic Suppuration in the Frontal and Ethmoid Sinuses, with a report of three cases. *Liverpool med.-chirurg. Journ., July 1909.*

Higgins, S. G., Self-Retaining Submucous Specula. (Specula benutzbar bei der submukösen Septumresektion.) *The Laryngoscope XIX, Nr. 9, Sept. 1909.*

Hirsch, Oskar, Eine neue Methode der endonasalen Operation von Hypophysentumoren. *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 12.*

Hurd, L. M., Observations on Some Unusual Cases of Frontal Sinusitis. *The Laryngoscope XIX, Nr. 8, August 1909.*

Lange, Sidney, Sinus Skiagrams in the Erect Posture. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Mengotti, Su due casi di convulsioni a tipo epilettico da tampona meato nasale. (Über zwei Fälle von epileptiformen Krämpfen infolge von Nasentemponade.) *XII Congresso ital. di Laringol. in Archivio ital. di Otolog. 1909, Nr. 3.*

Menzel, K. M., Zur Kenntnis des harten Schankers in der Nasenhöhle. *Wien. med. Wochenschr., 1909, Nr. 6.*

Mercier-Bellevue, Un cas de rhinolithe primitive. *Rev. hebd. de lar. 1909, Nr. 31.*

Moure, E. J. et Brindel, Obstruction nasale et surdité avec recherches anatomiques sur les rapports du cornet inférieur et de l'orifice tubaire. *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 24.*

Nieddu, Polipi del naso con abolizione per lungo tempo della respirazione nasale. (Nasenpolypen mit langdauernde Aufhebung der Nasenatmung.) *XII Congresso ital. di Laringol. in Archivio ital. di Otolog. 1909, Nr. 3.*

Price-Brown, J., Sarcoma of the Nose, with Report of Cases. *Journ. of Laryng. XXIV, Nr. 10, Okt. 1909.*

Quadri, A., Tétanos de Rose par corps étrangers des fosses nasales. *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 25.*

Riviere, A., La forme aiguë des sinusites. *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 27.*

Rachen.

Arrowsmith, H., Brooklyn, N. Y., Vincent's Angina. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, Mai 1909.*

Bar, Louis, Le phlegmon diffus péripharyngien, ou maladie de Senator. *Rev. hébd. de lar. 1909, Nr. 31.*

Citelli, Adenoide Wucherungen. *Archives internat. de Laryngologie, Juli-August 1909.*

Fridenberg, Percy, Pharyngoscopic Studies. *The Laryngoscope XIX, Nr. 7, July 1909.*

Good, R. H., Early Immunization, the Essential Function of the Tonsil. *The Laryngoscope XIX, Nr. 6, Juni 1909.*

Guttmann, Viktor, Die Therapie der Tonsillitis lacunaris acuta mit Pyozyanase. *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 25.*

Hays, A., Harold, The Pharyngoscope, a New Electrical Instrument for Examination of the Pharynx, Posterior Nares, Eustachian Tubes and Larynx. *The Laryngoscope XIX, Nr. 7, July 1909.*

Jewett, Robert D., Winston-Salem, N. C., Report of a Case of Teratoma of the Tonsil. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Levinstein, O., Diphtherie im Anschluss an die Tonsillotomie. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 2.*

Levinstein, O., Über „Fossulae tonsillares", „Noduli lymphatici" und „Tonsillen". *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 2.*

Pynchon, Edwin, Sheet of Directions Given the Patient After a Tonsil Operation, Including the Treatment of Post-Operative Hemorrhage. *The Laryngoscope XIX, Nr. 6, Juni 1909.*

Schoenemann, Zur Physiologie und Pathologie der Tonsillen. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 2.*

Todd, Frank C., Tonsil Separator and Tonsil Forceps. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Trétrôp, Des méfaits des amygdales enchatonnées chez l'adulte. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 35.*

Wright, Jonathan, New-York, A Resume of Some Work on Infektion Through the Tonsillar Crypts. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Derselbe, The Transmutation of the Epithelium of the Tonsil Into Connective Tissue Cells. *The Laryngoscope XIX, Nr. 7, July 1909.*

Yankauer, Syndney, New-York, Tonsillectomy. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Kehlkopf.

Beck, Joseph C., Chicago, Cyst of Epiglottis. *The Laryngoscope XIX, Nr. 9, Sept. 1909.*

Brewer, George E., New-York, Operative Procedures from the Standpoint of the General Surgeon. *The Laryngoscope XIX, Nr. 8, August 1909.*

De Champeaux, Oedème du larynx par application locale de teinture d'iode. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 33.*

Chiari, O., Über die Behandlung des Kehlkopfkrebses. *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 26—30.*

Delavan, D. B., Chronic Stenosis of the Larynx Cured by Dilatation. *The Laryngoscope XIX, Nr. 6, June 1909.*

Garel, J., Cancer du larynx siégeant sur le repli ary-épiglottique gauche; opération endolaryngée; guérison. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 38.*

Gleitsmann, De la Voix pharyngée. Über die pharyngeale Stimme. *Arch. intern. de Laryngologie etc., Juli-August 1909.*

Goldstein, M. A., St. Louis, Lipoma of the Larynx. *The Laryngoscope XIX, Nr. 9, Sept 1909.*

Guthrie, D. J., Lavark, Notes on the Treatment of Ouinsy, with an illustrative case. *Glasgow Med. Journ., Sept. 1909.*

Jackson, C., Pittsburg, Pa., Clinical Diagnosis and Operative Procedure in Intra-laryngeal Carcinoma, from the Standpoint of the Laryngologist. *The Laryngoscope XIX, Nr. 8, August 1909.*

Jackson, Chevalier, Laryngostomy. *The Laryngoscope XIX, Nr. 9, Sept. 1909.*

Johnston, Richard H., Baltimore, The Removal of Laryngeal Tumors in the Left Lateral Position. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Lederman, M. D., New-York, Oedema of the Larynx Following an Infection of the Lower Pharynx. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Hudson-Makuen, G., Philadelphia, The Action of the Respiratory Muscles in the Production of Voice. *The Laryngoscope XIX, Nr. 9, Sept. 1909.*

Réthi, Zur Symptomatologie des Kehlkopfkrebses. *Wien. med. Wochenschr., 1909, Nr. 35.*

Vaquier, L., Epiglottites aiguës. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 36.*

Wright, Jonathan, New-York, Microscopical Diagnosis of Intra-laryngeal Growths from a Practical Standpoint. *The Laryngoscope XIX, Nr. 8, August 1909.*

Trachea, Bronchien, Ösophagus.

Cook, London, Epithelioma of the Oesophagus in a woman aged 26. *Brit. Med. Journ., June 12. 1909.*

Forbes und Courtauld, Brighton, A note on Tracheotomy cases in the course of which there were long periods of inability to dispense with the tube. *Lancet, May 29. 1909.*

Gault et Louvet, Oesophagoscopie et électrolyse dans un cas de rétrécissement œsophagien. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 39.*

Guisez, Modifications Introduced into Broncho-œsophagoscopic Instrumentation as the Results of Experience. *Journ. of Laryngol. etc. XXIV, Nr. 7, July 1909.*

Halsted, Thomas H., Syracuse, The Practicality of Bronchoscopy and Esophagoscopy. *The Laryngoscope XIX, Nr. 7, July 1909.*

Ingals, Fletcher E., Bronchoscopy and Esophagoscopy: The Technique, Utility and Dangers. *The Laryngoscope XIX, Nr. 7, July 1909.*

Kelly, A. Brown, Some Experiences in the Direct Examination of the Larynx, Trachea, and Oesophagus. *Journ. of Laryngol. etc. XXIV, Nr. 6, June 1909.*

Mosher, Harris Peyton, Boston, Some Observations on Esophageal Cases and the Presentation of Two New Instruments. *The Laryngoscope XIX, Nr. 6, June 1909.*

Moure, P., et Viel, Un cas de tuberculose de l'œsophage. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 34.*

Munch, Francis, Bronchoscopie et œsophagoscopie. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 37.*

Pietri, P., et Pajaud, Pièce de dix centimes solidement enclavée à l'entrée de l'œsophage chez un enfant de sept ans; extraction à l'aide du crochet de Kirmisson. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 36.*

Sargnon, Oesophagoscopie rétrograde; œsophagoscopie après œsophagostomie cervicale basse dans la cure des sténoses cicatricielles thoraciques infranchissables. Rückwärtige Ösophagoskopie; Ösophagoskopie nach zervikaler tiefer Ösophagostomie in der Behandlung der narbigen undurchgängigen Stenosen des Brustteils vom Ösophagus. *Archives intern. de Laryngologie, Juli-August 1909.*

Taylor, Dublin, Report on a case of Oesophageal Diverticulum. *Brit. Med. Journ., July 24. 1909.*

Turner, Newcastle-upon-Tyne, Resection of the Trachea for cicatricial stenosis. *Brit. Med. Journ., June 5. 1909.*

Mundhöhle.

Arrowsmith, H., Black Hairy Tongue—Hyperkeratosis Linguae. *The Laryngoscope XIX Nr. 7, July 1909.*

Beck, Joseph C., Chicago, Ranula. *The Laryngoscope XIX, Nr. 5, May 1909.*

Calvo, O. S., Cálculo del conducto de Wharton del tamaño de un Guero de paloma. Speichelstein vom Ductus Whartonianii von der Grösse eines Taubeneis. *Boletín de laringologia, Juli-August 1909.*

Egidi, Rom, Epitelioma adamantino dell' osso mascellare inferiore. Schmelzepitheliom des Unterkiefers. *Il Policlinico: chirurg. Teil, August 1909.*

Jacques, P., et Hantcheff, Ulcère streptococcique du voile. *Rev. hébd. de lar., 1909, Nr. 28.*

Kapp, Jos., Berlin, Über die Therapie der infektiösen Mundkrankheiten. *Therap. Monatsh., XXIII. Jahrg., Mai 1909.*

Kropf, Heinrich, Erfahrungen über Formamint als Mundhöhlendesinfiziens. *Wien. med. Wochenschr., 1909, Nr. 12.*

Morgagni, H., Sarcoma fuso-cellulare della Lingua. Spindelzellensarkom der Zunge. *19. August 1909.*

Scheuer, Oskar, Über einen Fall gonorrhoischer Infektion der Mundhöhle. *Wien. med. Wochenschr., 1909, Nr. 20.*

Grenzgebiete.

Bucklin, C. A., Das Respirometer und seine Desinfektion. *Arch. f. Laryng., Bd. 22, H. 2.*

Crowe, Birmingham, An Unusual case of goitre. *Lancet, July 10. 1909.*

Galli-Valerio und Rochaz, Über einen mit Antithyreoidin Möbius behandelten Fall von Morbus Basedowi. *Therap. Monatsh., Juli 1909.*

Jones, Portsmouth, A case of Acute Thyroiditis. *Brit. Med. Journ. May 1. 1909.*

Kreuzfuchs, Über intrathorazischen Kropf. *Wien. med. Wochenschr. 1909, Nr. 29.*

Samenhof, L., Ein Fall von akuter idiopathischer Knochenentzündung des Oberkiefers (Osteomyelitis idiopathica maxillae). *Arch. f. Laryng. Bd. 22, H. 2.*

IV. Bücherbesprechungen.

E. v. Navratil, Laryngo-Tracheotomien 1858—1908. *Budapest 1909 Pelöpi.*

In diesem bei Gelegenheit des Budapester internationalen medizinischen Kongresses erschienenen Hefte berichtet Navratil über 1088 Laryngo-Tracheotomien, die er in seiner 50jährigen Tätigkeit ausgeführt hat. In 449 wurde die Laryngo-Tracheotomie, in 554 Fällen die tiefe Tracheotomie und 85 mal die Laryngofission gemacht. Bis 1855 machte Navratil stets die Laryngo-Tracheotomie, von da immer die tiefe Tracheotomie, die nach seiner Erfahrung die erstere Operation behufs vollständiger Heilung der Kehlkopfaffektionen nicht ausreichend erschien.

Sehr auffallend ist eine Statistik über die die Tracheotomie veranlassenden Erkrankungen; es stehen da nur 91 Fälle bei „Larynx croup postdiphter." gegen 200 Fälle bei Lues laryngis und 206 Fälle von Tuberkulose des Kehlkopfes. Die Einzelheiten der bemerkenswerten Zusammstellung müssen im Original eingesehen werden. — Übrigens motiviert Navratil das verhältnismässig seltene Vorkommen der Tracheotomie bei Diphtherie, das er selbst für auffallend hält, dadurch, dass für die Aufnahme solcher Kranken ein besonderes Hospital eingerichtet wurde, teils dass die Intubation und die Serumbehandlung die Eröffnung der Luftröhre erübrigte.

Für die frühe Ausführung der Tracheotomie bei Kehlkopftuberkulose führt Navratil seine grosse Erfahrung ins Feld. Von 206 Operierten kamen 30 zur vollständigen Genesung und 87 zur Besserung.

Eine ausführliche Zusammenstellung der Indikationen für jede Operation und eine interessante Kasuistik schliessen das kleine Werkchen. P. Heymann.

F. Blumenfeld, Spezielle Diätetik und Hygiene der Lungen- und Kehlkopfschwindsüchtigen. *II. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, A. Hirschwald 1909, 104 S.*

Wir begrüssen die II. Auflage dieses wichtigen Büchleins mit grosser Freude. Auch heute noch ist es unseres Erachtens für den Praktiker, der rationelle Phthiseotherapie treiben will, wichtiger, sich gründlich mit den Fragen einer rationellen Diätetik der Lungen- und Kehlkopfschwindsüchtigen zu befassen, als zuviel Gewicht auf die noch z. T. recht problematische spezifische Therapie zu legen. Leider geschieht vielfach das Gegenteil. Daher müssen wir mit besonderem Nachdruck die Lektüre des kurzen, aber inhaltsreichen Leitfadens Blumenfelds empfehlen. — Auch der Tuberkulosearzt wird ihm manche wichtige Anleitung und Winke für die beste Form der Ernährung seiner Kranken entnehmen können. — An der Hand der Lehren von der Pathologie des Stoffwechsels schildert Verf. die rationellste Form der Ernährung des Phthisikers, in der Fette und Kohlehydrate eine vornehme Rolle spielen. — Die von ihm empfohlene tägliche Gabe von Alkohol erscheint uns etwas zu hoch bemessen. Wir sind in den letzten Jahren bei unseren zum grössten Teil herzschwachen und neurasthenischen Kranken mit Darreichung alkoholischer Getränke immer vorsichtiger geworden. Auch möchten wir bei der Behandlung fettleibiger Lungentuberkulöser mit der Verordnung von Körperübungen vorsichtiger und zurückhaltender sein. Solche Kranken zeigen meist Neigung zur Progredienz ihres Prozesses, haben daher oft grössere Schonung des kranken Organs nötig, als die mageren Kranken. Von einer vorsichtigen Entfettungskur durch Beschränkung der Einnahme haben wir in solchen Fällen oft Nutzen gehabt. — In dem Kapitel „Körperpflege" vermissen wir die Erwähnung des Luftbades, welches als Heilfaktor mit Recht grössere Bedeutung in der Phthiseotherapie erlangt hat. — Der dritte Abschnitt bringt in kurzen Zügen die Therapie einzelner Krankheitszeichen und Komplikationen unter vorwiegender

Berücksichtigung der Diätetik. — Wir machten die Erfahrung, dass die Ernährung der magen- und darmgesunden fiebernden Lungenkranken sich im allgemeinen nicht von derjenigen der fieberfreien Patienten zu unterscheiden hat. — Auch bei der Diät für den bluthustenden Phthisiker sind wir von der „flüssigen und kühlen Form" ganz abgekommen und haben ihm seitdem nie mehr Magen und Darm verdorben und seinen Kräftebestand besser erhalten. Das sind kleine Abweichungen von der Ansicht des Autors, auf die er in einer hoffentlich bald nötig werdenden III. Auflage jedenfalls eingehen wird. — Die Schlusskapitel über die oberen Luftwege, die klinische und psychische Behandlung, den Beruf und das Geschlechtsleben der Lungenkranken vermögen wir ganz zu unterschreiben. Wir wünschen dem trefflichen Buche weiteste Verbreitung. Schröder-Schömberg.

A. Birch-Hirschfeld, Die Krankheiten der Orbita. *Graefe-Saemisch, Handbuch der gesamten Augenheilkunde. Zweite Auflage. II. Teil IX. Band.*

In der im Erscheinen begriffenen zweiten Auflage des Handbuches hat das Kapitel der Orbitalerkrankung in Birch-Hirschfeld den berufenen Bearbeiter gefunden. Obwohl noch nicht vollständig, es liegen erst die Kapitel über „Lageveränderungen des Augapfels" und die „Entzündlichen Erkrankungen der Orbita" vor, ist eine kurze Besprechung trotzdem angezeigt. Die fast übergrosse Fülle des Stoffes ist in klarster Weise disponiert, die sehr umfangreiche, weit zerstreute Literatur in möglichster Objektivität gewissenhaft kritisch verarbeitet. Es ist natürlich nicht möglich, im folgenden auf Einzelheiten einzugehen.

In den ersten Abschnitten werden zunächst die anatomischen Verhältnisse, die für die Lage des Augapfels in der Orbita von Bedeutung sind, behandelt. Bei der folgenden Besprechung physiologischer Schwankungen wurde zum ersten Mal die Lage des Augapfels in sehr geschickter Weise photographisch festgehalten durch eine an einem Helmapparat angebrachte Camera, die von der Schläfe her das Auge aufnimmt und so auf den Bruchteil eines Millimeters genau die Lageveränderungen des Augapfels festhält, welche bei aktiver Erweiterung der Lidspalte, bei Rückwärtsbeugung, Vorwärtsbeugung, Kompression der Halsgefässe usw. eintreten und die oft mehrere Millimeter betragen können. — Die pathologische Stellungsveränderung des Bulbus in der Orbita werden folgendermassen sachgemäss eingeteilt.

1. Exophthalmus durch Protrusio oder Protractio,
2. Enophthalmus durch Retrusio oder Retractio mit den entsprechenden Unterabteilungen.

Dieser Einteilung entsprechend folgen die Kapitel über Exophthalmus bei Deformitäten der knöchernen Wandung (Turmschädel, Hydrocephalus, Rhachitis und Ektasie der Nebenhöhlen) bei Vermehrung des Orbitalinhaltes, aus nervöser Ursache, bei Vergiftungen, Akromegalie, über intermittierenden und traumatischen Exophthalmus, über Luxatio und Avulsio und Dislocatio bulbi, über kongenitalen Enophthalmus und Retraktion und endlich über seltene Fälle von pathologischer Stellungsänderung des Bulbus und über die Veränderungen am Bulbus und seinen Adnexen bei pathologischen Stellungsänderungen.

Das nachfolgende Kapitel über die entzündlichen Erkrankungen der Orbita teilt Birch-Hirschfeld folgendermassen:

a) Ödem der Orbita.
b) Die Entzündung der knöchernen Wand und des Periostes der Orbita.
c) Die Entzündung der Orbita bei Entzündung der Nebenhöhlen.
d) Die Entzündung des retrobulbären Gewebes.
e) Die Beteiligung der Orbita bei Thrombose des Sinus cavernosus.
f) Die Syphilis der Orbita.
g) Die Tuberkulose der Orbita.
h) Seltene Orbitalentzündungen (Aktionmykose, Rotz, Milchbrand, Tetanus).
i) Tenonitis.
k) Die entzündlichen Pseudotumoren der Orbita.

Vorausgeschickt wird diesem Kapitel ein besonderer Abschnitt über die Zirkulationsverhältnisse in der Orbita, wobei über den lymphatischen Apparat der Orbita, der bisher wenig bekannt war, neue Beobachtungen beschrieben werden. Birch-Hirschfeld kommt zu dem Ergebnis, dass in der normalen Orbita bisher ausserhalb der Tränendrüse kein adenoides Gewebe nachgewiesen werden kann. Was dagegen die Lymphspalten anbetrifft, so glaubt er annehmen zu dürfen, dass auch die Orbita ein Lymphgefässsystem besitzt. Seine Versuche an Hunden und Affen mit Paraphenylendiamin ergaben ein deutliches Spaltensystem.

Was die Abschnitte über die Entzündungen der Nebenhöhlen anbelangt, so verweisen wir auf ein früheres Referat dieser Zeitschrift, Band I S. 119, in dem wir die Statistik Birch-Hirschfelds über diese Erkrankungen kurz wiedergaben. Die übrigen Kapitel lese man im Original, da sie wohl sehr anschaulich und ausführlich, aber zum Referat nicht geeignet sind.

Die Literaturverzeichnisse scheinen alles Erreichbare berücksichtigt zu haben.

Haeffner-Wiesbaden.

R. Imhofer-Prag, Fünfzig Jahre laryngologischer Arbeit auf dem Gebiete der Kehlkopftuberkulose. *Sammlung zwangloser Abhandlungen bei Carl Marhold, Halle a. Saale 1909. Bd. IX, 7—8 H.*

Schneller als zu erwarten ist der Wunsch, den wir bei Besprechung der „Geschichte der Kehlkopftuberkulose vor Erfindung des Kehlkofspiegels“ von demselben Autor (s. diese Zeitschr. Bd. I S. 398 f.) aussprachen, in Erfüllung gegangen. Imhofer hat die Geschichte der Lungentuberkulose bis in die Gegenwart, bis zum I. Internationalen Laryngologenkongress fortgeführt. Alles das, was von der früheren Arbeit Lobenswertes gesagt wurde, ist von dieser Fortsetzung nur zu wiederholen. Das weite Gebiet, das ohne Eingehen auf die gesamte Pathologie der Tuberkulose gar nicht zu behandeln ist, ist in gründlichster Weise bearbeitet, und die nun schon ins Unermessliche angewachsene Literatur ist weitgehend berücksichtigt. In einzelnen Fragen stimme ich allerdings nicht mit dem Verf. überein. So spricht Imhofer Seite 33 ff. verschiedentlich von der Ansicht Louis' als derjenigen, die die Entstehung der Lungentuberkulose durch Sputuminfektion, also nicht durch den Lymph- oder Blutstrom vermittelt, annimmt. Louis sagt in seiner Recherches de la phthisie II. Aufl. Paris 1843: „Je n'ai rencontré dans aucun cas des granulations tuberculeuses de l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte, du larynx ou de la trachéeartère; en suite qu'il faut considérer l'inflammation comme la cause excitante la plus fréquente des ulcérations qu'on y observe.“ In seiner ersten Arbeit (S. 87) wertet Imhofer diese Ansicht Louis' ganz richtig, obgleich er nach einer offenbar etwas ungenauen Übersetzung dieser Stelle zitiert. Bei Louis hat also die Kehlkopfaffektion in bezug auf den anatomischen Bau nichts mit der Tuberkulose der Lunge zu tun, sie ist lediglich durch den Entzündungsreiz des von der tuberkulösen Lunge abgesonderten Sekrets entstanden. In der Diskusion über die Entstehungsweise der Lungentuberkulose von heute, seit Virchow und Heinze, ist aber die tuberkulöse Natur mithin die ursächliche Identität der Larynx- und Lungenaffektion selbstverständliche Voraussetzung. Es ist daher meines Erachtens nicht zulässig, die Annahme jenes Infektionsweges nach einem Autor zu benennen, der ganz unzweifelhaft die Larynxtuberkulose überhaupt ablehnt. — Meines Erachtens ist es gerade die vornehmste Aufgabe der medizinischen Geschichtsschreibung, derartige schiefe Anschauungen gerade zu stellen. —

Auch sonst dürften noch einige Punkte zu diskutieren sein, doch sind sie mehr nebensächlicher Natur.

Die ganze Arbeit Imhofers kann nur wiederholt warm zum Studium empfohlen werden.

Bl.

Fischer, Dr. Guido, Privatdozent (Greifswald), Bau und Entwicklung der Mundhöhle des Menschen unter Berücksichtigung der vergleichenden Anatomie des Gebisses und mit Einschluss der speziellen mikroskopischen Technik. *Lehrbuch für Zahnärzte, Aerzte und Studierende mit 18 Tafeln und 340 Abbildungen. 436 pp. Leipzig 1909. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt.*

Unter den neueren Erscheinungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde stellt das Lehrbuch Fischers sicher eine hervorragende und originelle Leistung dar. Gerade für die „Anatomie der Mundhöhle" fehlte ein modernes Werk, welches sich nicht nur mit der makroskopischen Anatomie beschäftigt, sondern auch die Histologie, Entwickelungsgeschichte und vergleichende Anatomie gebührend berücksichtigt. Der Verf. hat mit grossem Geschick alles, was auf dem Gebiete erschienen ist durchgearbeitet und besonders im histologischen und entwickelungsgeschichtlichen Teile so viel eigene neue Untersuchungen gebracht, dass seine Arbeit hier vielfach zur Nachprüfung anregen und so befruchtend für andere Untersuchungen wirken wird. Gegenüber diesen beiden Abschnitten ist der makroskopisch anatomische Teil etwas kürzer gefasst. Vorzüglich wirkt die reiche Ausstattung mit zum grösstenteile neuen eigenen Abbildungen, die durchweg vortrefflich sind. Dadurch wird das Werk auch dem Studierenden und dem Arzte, der ja sonst nicht so eingehend mit diesem Thema vertraut wird, näher geführt. Aufgefallen ist mir besonders in den ersten Abschnitten der unnötige Gebrauch von Fremdwörtern, für welche wir eben so gute deutsche Bezeichnungen haben. Auf S. 6 heisst es: „Der weiche Gaumen ist ein ..... Platte, die durch eine median angelegte Perforation in 2 Teile, die hinteren Gaumenbögen, geteilt wird." Das ist eine missverständliche Darstellung. An sinnstören, den Druckfehlern seien erwähnt auf Seite 267 bei Fig. 214 „Auffassung" statt Auffaserung der Dentinästchen und bei der Erklärung der Tafel VI. Menschlicher Embryo 5 Monate (statt Wochen) alt.

Das sind kleine Ausstellungen, welche Verf. vielleicht bei einer Neuauflage berücksichtigt. In einem eigenen Abschnitte ist die mikroskopische Technik behandelt.

Das Buch ist sicher der Beachtung nicht nur von seiten der Zahnärzte, sondern auch der Ärzte wert. Gerade der Nasen- und Rachenspezialist, der ja stets mit der Mundhöhle zu tun hat, wird vieles Neue und Beachtenswerte darin finden. Auch diesen Kreisen kann das Werk nur bestens empfohlen werden.

Die buchhändlerische Ausstattung ist sehr gut. Port, Heidelberg.

V. Gesellschafts- und Kongressberichte.

Rhino-laryngologische Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins. Sitzung vom 10. März 1908.

1. E. Baumgarten, Fall von Kehlkopflupus.

Heiserkeit seit 6 Jahren, Narben und Knötchen am Kehldeckel, Infiltration der Aryfalten und der Taschenbänder. Die Tuberkulinreaktion war sehr intensiv. Lungen gesund. Baumgarten hält den Fall für primären Kehlkopflupus.

Diskussion: v. Irsay hält den Kehlkopfprozess nicht für primär, da auch Hautveränderungen vorhanden sind.

Baumgarten. Die Hautveränderungen haben sich später gezeigt.

2. E. Baumgarten, Fall von Nasenlupus.

Es handelt sich um eine Lupusrezidive.

3. A. v. Irsay, Polypus tonsillae.

4. A. Lipscher, Skleromatöse Kehlkopfstenose.

Patient wurde schon im 14. Lebensjahre tracheotomisiert und durch Intubation delatiert, musste aber seither stets die Kanüle tragen. Inzwischen haben sich auch schwere skleromatöse Nasen- und Rachenveränderungen gebildet und auch der Kehlkopfprozess hat sich weiter verbreitet. Der infiltrierte Kehldeckel liegt dem Kehlkopfeingange dicht an, weshalb die Ausführung der Intubation derzeit unmöglich ist. Es wird deshalb auf endolaryngealem Wege Raum gemacht um die Dilatation ausführen zu können.

Diskussion: v. Irsay schlägt vor, zuerst Injektionen mit Fibrolysin zu machen und erst hierauf dilatieren.

v. Navratil sen. ist in diesem Falle gegen die Fibrolysin-Injektionen, weil dadurch die Schwellung des Kehldeckelskleroms eventuell gesteigert wird, was die Dilatation noch mehr erschwert.

Baumgarten. Das Curettement ist leichter ausführbar, wenn man früher die Fibrolysin-Injektionen anwendet.

5. A. Lipscher, Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen.

Im ersten Falle ging der Polyp von der mittleren Muschel aus; im zweiten Falle ist der Polyp bei einem Sterbenden konstatiert worden. Bei der Sektion fand man, dass die Kieferhöhle zwei natürliche Öffnungen hatte, durch welche die Polypen mit langem Stiele in die Nase hineinwuchsen.

6. v. Navratil jun., Fall von Nasenstein.

Vortragender ist der Meinung, dass die Nasensteine stets von solcher Zusammensetzung sind, dass sie durch Quetschung leicht zerstückelt und entfernt werden können. Im vorliegenden Falle war der Stein 3,2 × 2,3 cm gross und ist intranasal entfernt worden.

7. A. Steiner, Über Ozäna. Polyák.

Berliner laryngologische Gesellschaft. Sitzung vom 22. Oktober 1909.

1. Herr Gräffner: Fall von Syringobulbie. Die Mm. hypoglossus und Trigeminus der linken Seite sind befallen, der linke Rekurrens ist gelähmt, dabei macht der Santorinische Knorpel zuckende Bewegungen, die passiv oder durch besondere Muskelbündel verursacht sein können. Der Reflex auf der linken Seite des Rachens und Kehlkopfs ist erloschen, die meisten Sensibilitäts-Qualitäten dagegen erhalten. — Zum Vergleich werden 2 Syringomyelie-Fälle ohne Bulbussymptome vorgestellt.

2. Herr Bruck: Fall von exzessiver luetischer Papelbildung in der Mundhöhle eines Knaben. Der Infektionsmodus ist nicht völlig aufgeklärt, wahrscheinlich handelt es sich um Schmutzinfektion durch den Finger eines Kameraden.

3. Herr Finder: Infiltration und Ulzeration des Nasenseptum, wahrscheinlich tuberkulöser Natur, bei einem Kinde. Die Nase ist undurchgängig, von übelriechendem Schleim erfüllt; Perforation in der Vomergegend, Entleerung kleiner Sequester. Der Nasenrücken ist stark aufgetrieben. Tuberkulinreaktion positiv. Mikroskopisch finden sich in einem Granulationsgewebe ohne Tuberkelbildung zahlreiche Riesenzellen.

Diskussion: Herr Schötz rät, eine Wassermann-Reaktion zu machen, da die Diagnose „Tuberkulose“ auf sehr schwachen Füssen stehe.

4. Herr Schwarz: Fall von Vinzentscher Angina (?). Tiefes Ulcus der linken Tonsille, das diese fast ganz zerstört hat. Der vordere Gaumenbogen ist infiltriert. Fusiforme B. und Spirochäten. Da Wassermann negativ ist, glaubt Vortragender mehr an Vinzentsche Angina als an Primäraffekt.

Diskussion: Herr Schötz betont, dass für diese Differentialdiagnose der bakterielle Befund nicht massgebend ist, da er wiederholt Plaut-Vinzentsche Bazillen bei Primäraffekt gefunden hat.

Herr A. Meyer hat die gleiche Erfahrung gemacht und hält das Verhalten der Drüsen für differentialdiagnostisch wichtig. Bei Primäraffekt pflegen diese weit stärker geschwollen zu sein, bei Vinzentsche Angina sich in mässigen Grenzen zu halten. — Auch wenn, wie im vorliegenden Falle, ein so tiefes Ulcus nicht auf die Gaumenbögen übergreift, so spricht das für Plaut-Vinzent.

Herr Bruck und Herr Halle halten die Drüsen nicht für ein ausschlaggebendes differentialdiagnostisches Zeichen, da ihnen Fälle von Primäraffekt mit mässigen, von Plaut-Vinzent-Angina mit negativem Wassermann mit erheblichen Schwellungen vorgekommen seien.

5. Herr A. Meyer: Fall zur Diagnose. 29jähriger Mann, seit 5 Jahren an Schluckschmerzen leidend, seit ½ Jahr heiser. Flache Infiltration und Rötung des weichen Gaumens, der Rachenwand, des Epiglottisrandes; darin zarte oberflächliche Narben und stecknadelkopfgrosse flache Geschwürchen untermischt. Stimmbänder infiltriert, uneben. Vielleicht ist in erster Linie an Lupus zu denken.

Diskussion: Herr M. Senator findet das Aussehen keineswegs charakteristisch für Lupus. Knötchen und rauhe Körnelung fehlen.

Herr Rosenberg.

6. Herr A. Alexander: a) Pneumokokkeninvasion und Erythema multiforme im Pharynx (?). Unter Fieber und heftigem Schluckschmerz entsteht Rötung in Pharynx; die Tonsillen, ein Teil des weichen Gaumens und des Nasenrachens sind von feinen, abwischbaren grauen Knötchen bedeckt, die sich als Pneumokokkenkolonien, im Tierversuch als avirulent erweisen. Nach 3 Tagen sind diese Kolonien verschwunden, dagegen besteht eine Infiltration in der Medianlinie des Velum und ein sanduhrförmiges flaches Ulcus des harten Gaumens.

b) Rechtsseitige Rekurrenslähmung auf Grund eines grossen, die Brustwand durchbohrender Aneurysma des Truncus anonymus, das die Subclavia dextra in Leidenschaft zieht, wie aus dem Röntgenbild erhellt.

7. Herr Masseï (verlesen durch Herrn Rosenberg): Fall von Myxofibrom des Sinus sphenoidalis. Bei dem Patienten bestand ein sehr langer, gestielter mehrlappiger Tumor des Nasenrachenraumes, der durch Herabfallen einen Erstickungsanfall verursachte. Schon das Aussehen liess auf „Myxofibrom" (Schleimpolyp) schliessen, was durch die Untersuchung bestätigt wurde. Nach Entfernung des Tumors zeigte sich in der rechten Choane eine Vertiefung in der unteren Sinuswand, dem Ursprung des Polypen entsprechend. Dass der Durchbruch gerade an dieser Stelle und nicht wie gewöhnlich im Recessus sphenoethm. stattgefunden hat, erklärt Masseï durch Annahme einer kongenitalen Dehiscenz.

Arthur Meyer.

Belgische Gesellschaft für Otologie, Rhinologie und Laryngologie. 12. und 13. Juni 1909.

Vorsitzender: Dr. Buys. — Bericht von Dr. C. Hennebert.

A. Demonstration pathologischer Präparate.

M. Delie-Ypres. Fibromyxoangiom der mittleren Muschel.

M. Delie zeigt einen Tumor aus der Nasenhöhle eines 60jährigen Mannes, der an Tränenfluss, Anschwellung der Wange und der Nasenwurzel litt und über reissende Schmerzen in der Stirn klagte. Die geringste Berührung des Tumors verursachte reichlichen Bluterguss; Delie gelang es, ihn auf natürlichem Wege zu entfernen, indem er zuvörderst in den Tumor Wasserstoffsuperoxyd, das er mit einer bestimmten Menge Adrenalin versetzte, einspritzte. Das Mikroskop zeigte ein angiomatöses Fibromyxom.

M. Capart, Sohn-Brüssel. Endotheliom des Gaumensegels.

M. Capart zeigt einen Tumor von der Grösse eines kleinen Hühnereies, von einem 39jährigen Kranken stammend; es handelte sich um einen Mischtumor, wie er für das Gaumensegel typisch ist. Diese Tumoren sind ausserordentlich selten. Die Entfernung ging sehr leicht von statten.

B. Vorstellung von Kranken.

M. Collet-Brüssel. Plastik des Nasenflügels.

M. Collet stellt eine Kranke vor, welche infolge eines Hundebisses einen grossen Substanzverlust, der einen Teil der Spitze und beinahe den ganzen rechten Nasenflügel in sich schloss, erlitten hatte und der er vermittels eines Schleimhautlappens eine Plastik machte, die er vom Nasenseptum nahm, das er nach einigen Tagen wieder mit Thierschscher Transplantation deckte.

M. Fallas-Brüssel. Beiderseitige Sinusitus frontalis-ethmoidalis maxillaris operiert und geheilt.

M. Fallas stellt einen Kranken vor, der in zwei aufeinanderfolgenden Sitzungen an der rechten und der linken Seite operiert wurde.

Es wurde das im Krankenhaus St. Jean übliche Verfahren angewandt; dieses erlaubt durch einen einzigen Einschnitt alle Höhlen einer Seite zu operieren. Der Eingriff geht von der Mitte der Augenbraue aus, um den Innenwinkel des Auges, längs der Nase abwärts in die Nasenfalte und greift, wenn nötig, noch ein wenig auf die Oberlippe über. Der Sinus wird an seiner Vorderfläche freigelegt und bis zum Foramen infraorbitale blossgelegt. Das ästhetische Resultat ist vortrefflich.

M. Goris-Brüssel. Maligne Tumoren der Nase und der Kieferhöhle.

M. Goris stellt drei Kranke vor, welche an malignen Nasentumoren operiert wurden.

1. Ein Mann mit Rundzellensarkom des Siebbeins, vor 4½ Jahren durch teilweise Resektion des Kiefers und Exstirpation des Siebbeins operiert. Heilung dauernd.

2. Ein Mann, welcher vor 8 Monaten an Sarkom des flügelförmigen Fortsatzes, das die Nase und den Gaumen ergriffen hatte, operiert wurde. Es wurde Totalresektion des Oberkiefers, Wegnahme der rechten Hälfte des Gaumensegels und des oberen, seitlichen Teiles des Pharynx gemacht. Sein Gaumen wurde nach der Methode Bardenheuers wieder hergestellt, mittels eines frontopalpebralen Lappens, der an den Pharynx, an die Gaumenschleimhaut der andern Seite und an die Schleimhaut der Wange angenäht wurde. Der Rest wurde nach Thiersch gedeckt. Heilung dauernd.

3. Eine vor 4 Monaten an Karzinom des Kiefersinus operierte Frau; beinahe Totalresektion des Oberkiefers; Wiederherstellung des Gaumens mittels Gaumenschleimhautlappen und eines Lappens der Schleimhaut der Wange.

Verf. weist besonders auf die grosse Wichtigkeit der Wiederherstellung des Gaumens nach Entfernung des Oberkiefers hin.

M. Jauquet-Brüssel. Ein Fall einer durch einen Unfall entstandenen Durchschneidung des Pneumogastrikus.

Der Kranke wurde vor 2 Monaten von einem weissglühenden Metallsplitter in der Gegend der linken Kopfschlagader getroffen. Mässiger Bluterguss, plötzliche Heiserkeit. Tatsächlich vollständige Paralyse des linken Stimmbandes. Pulsbeschleunigung bis auf 90; weder Enophthalmus, noch Myose, noch irgend ein anderes Symptom.

Der Unfall hat also ausschliesslich eine Durchschneidung des Pneumogastrikus veranlasst, ohne den Sympathikus oder die anderen Organe zu beschädigen.

M. Labarre. Laryngocele ventricularis.

M. Labarre stellt einen Kranken vor, der mit einem Tumor von der Grösse einer Mandarine behaftet war, der unter dem Kinn lag und Dyspnoe verursachte. Leichte Reduktion durch Druck wobei durch das plötzliche Ein-

dringen der Luft in den Larynx ein Geräusch hervorgerufen wurde. Im Laryngoskop ausgesprochener Prolaps des rechten Ventriculus Morgagni, von der inneren Verlängerung der Laryngocele herrührend.

M. Beco-Liége. Tracheo-laryngotomie bei Papillomen.

M. Beco stellt drei Kranke vor, welche die Tracheo-laryngotomie wegen Erstickung verursachender Papillome durchmachten.

Von diesen bereits im Jahre 1908 vorgestellten Kranken hat der erste unablässig Papillomrezidive, das Bestehen des Laryngostomas ermöglicht die Bekämpfung derselben, indem sie die Atmung sichert; in dieser doppelten Hinsicht hat das Laryngostoma grosse Vorteile gegenüber der Kanüle, welche der Kranke während 1½ Jahren getragen hat. Die beiden andern haben keine Rezidive, resp. seit 12 und 14 Monaten keine Rezidive mehr gehabt; bei dem einen ist der Verschluss des Kehlkopfs vor 4 Monaten durch Autoplastik bewirkt worden; bei dem andern konnte dieser Verschluss nicht erhalten werden.

M. Goris. Radikalkur von diffusen Papillomen des Larynx.

M. Goris stellt einen jungen Mann von 17 Jahren vor, dessen Stimme von seinem dritten Lebensjahr an heiser war. Dieser Kranke hat verschiedene Interventionen auf natürlichem Wege durchgemacht. Goris hat die Thyreotomie angewandt und mittels Schere die Papillome entfernt und ihre Basis auf galvanischem Wege ausgebrannt. Die Stimme ist wieder vollständig klar geworden.

Goris zieht in diesem Fall die Thyreotomie der Laryngostomie vor, weil die Heilung viel schneller vor sich geht.

M. Broeckaert-Gand. Ein Fall von Rhino-pharyngocele.

Broeckaert hat bei einem Kind von 15 Monaten einen an Umfang sehr wechselnden Tumor beobachtet, welcher seitlich oben am Halse sass; er schwoll während des Schreiens an, sank bei der Einatmung zusammen und beim Beklopfen tönte. Bei der Untersuchung des Kavum fand man eine tiefe Ausbuchtung (Divertikel), die mit einer anormal entwickelten Rosenmüllerschen Grube korrespondierte. Es handelt sich sehr wahrscheinlich um eine Missbildung, deren Ursprung in den Kiemen liegt.

M. Trétrôp-Antwerpen. Phlegmonen des Halses, bucco-pharyngealen Ursprungs, operiert und geheilt.

Der erste Fall war die Folge einer von Schnupfenfieber begleiteten Entzündung des Nasenrachens, der andere ein leichtes Trauma der Mundschleimhaut, durch einen Pflanzenstengel verursacht. Der Eiter enthielt in beiden Fällen Streptokokken. Im ersten Fall geschah die Narkose mittels Chloroform, im zweiten mittels eines Gemisches (Äthylenchlorür und Chloroform).

M. Trétrôp. Die Herausnahme und Abführung von Fremdkörpern aus dem Ösophagus mittels progressiver Lokalanästhesie.

M. Trétrôp unterscheidet zwei Kategorien von Fremdkörpern des Ösophagus: diejenigen, deren Entfernung auf natürlichem Wege unmöglich oder sehr gefährlich ist, und diejenigen, für welche sie möglich ist, welche aber, da sie schlecht gelegen sind, Krampf mit darauffolgender Einschliessung herbeiführen.

Bei diesen letzteren bewirkt die progressive Lokalanästhesie des Pharynx und des Ösophagus sehr oft die Loslösung und den normalen Abgang nach unten, ohne dass man das Ösophagoskop zu Hilfe nehmen muss. Verfasser führt drei neue Beispiele dafür an.

M. Goris. Notiz über die Behandlung gewisser Hustenarten.

M. Goris macht auf das Bestehen einer Hustenzone in Höhe der Gelenke des Brust- und Schlüsselbeins, in der Gegend, wo sich der Pneumogastrikus, das Zwerchfell, der obere Rippenfellsack und das Mediastinum befinden, aufmerksam. Goris hat zweimal einen unaufhörlichen, trockenen Husten beobachtet, welcher von Knochenfrass der Gelenke des Brust- und Schlüsselbeins herrührte. Die Resektion des äussersten Endes des Schlüsselbeins und des Manubriums hat die beiden Kranken definitiv geheilt.

M. de Stella-Gent. Anaphylaxie-Diphtherie-Serum und die Behandlung mit diesem.

Nachdem M. de Stella daran erinnert hat, dass unter den post-serischen Zufällen die einen häufig und wenig schwer (Nesselfieber, Arthritis etc.), die andern selten und sehr schwer verlaufen (Kollapsus, Tod), erwähnt er die Arbeit von Gillete-New York, welcher 28 sehr schwere, infolge von Serumeinspritzungen fast durchweg tödlich verlaufende Fälle zusammengestellt hat.

De Stella schiebt sowohl die leichten, wie die schweren Unfälle der Anaphylaxie zu; er begründet seine Ansicht durch klinische und experimentelle Beweise:

1. Sie kommen oft nach einer zweiten oder dritten, selten nach einer einzigen und sehr ausgiebigen Injektion zum Ausbruch.

2. Es besteht fast vollkommene Analogie zwischen den beim anaphylaktischen Tier und den beim menschlichen Kranken nach einer Seruminjektion beobachteten Symptomen; Herabsetzung des Druckes, Dyspnoe, Kollaps.

3. Ein Tier, welches eine Antidiphtherieserum-Einspritzung erhalten hat, kann bis zu dem Punkt empfindlich dafür sein, dass eine zweite Einspritzung mit demselben Serum nach Verlauf von einigen Tagen das Tier töten wird mittels einer Dosis, die auf ein nicht empfänglich gemachtes Tier ohne Einfluss bleiben wird.

Die Behandlung beruht vor allem darauf, dass man die Diphtheriekranken so viel wie möglich mit einer ausgiebigen Injektion behandelt; um den Herzkollaps zu bekämpfen, rät de Stella die physiologischen Adrenalin-Seruminjektionen an (500 ccm Serum, dem 1 ccm Adrenalinlösung à 1 p. m. zugesetzt wird) · oder in dringenden Fällen lieber eine intravenöse Injektion von 100 ccm physiologischem Serum, dem 5—10 Tropfen Adrenalinlösung à 1 p. m. zugesetzt wird.

M. G. Hicguet-Brüssel. Sarcoma fusocellulare des Siebbeins.

M. G. Hicguet stellt einen 64jährigen Mann vor, dessen linke Nasenhöhle durch einen Tumor ausgefüllt war, der sich bei der Untersuchung als Sarcoma fusocellulare erwies (Vorzeigung des Präparats). Die Operation wurde nach dem Moureschen Verfahren gemacht; nach Resektion des eigentlichen Knochens und des aufsteigenden Kieferastes Entfernung des ganzen Siebbeins mit der Lucschen Pinzette und der Curette; Eröffnung des Sphenoidalsinus, der mit Tumor angefüllt war, und Auskratzung; die Augenhöhle ist sehr eng mit der Nasenhöhle verbunden; Narbe unsichtbar. Nach 4 Monaten noch leichtes Rezidiv, geheilt durch Curettement auf dem Nasenwege.

M. G. Hicguet. Indikationen für Interventionen an der Nasenscheidewand.

Deviationen, die nervöse Störungen, Störungen des Gehörs etc. verursachen, sind zur chirurgischen Behandlung geeignet. Ist zugleich Deviation und Rhinitis vorhanden, so muss man zuerst die Deviation operieren; wenn Polypen existieren, werden diese zuerst operiert; wenn Polysinusitis besteht, sind von aussen die Sinus zu eröffnen. Für Spinen will Verfasser den Hobel angewandt haben; für kantige Knochenhervorragungen benützt er Säge und den Hohlmeissel, aber nach Ablösung der Schleimhaut.

Für Deviationen wird allein die submuköse Resektion vorgeschrieben.

M. Hicguet. Vorführung von Instrumenten.

Hicguet zeigt vor: 1. einen zerlegbaren Troikart für Trepanation des Kiefersinus durch den unteren Nasengang; 2. mit Haken versehene Pinzetten und Fraisen zum Loslösen der Mandeln.

M. van den Wildenberg-Brüssel. Schweres Asthma, durch Sinusoperation geheilt.

M. van den Wildenberg stellt einen Kranken vor, der an hartnäckigem Asthma in Verbindung mit einer zweiseitigen Nasenaffektion litt (rückfällige Polypen). Die Radikalkur einer doppelten Sinusitis frontalis-ethmoido-sphenoidalis führte in einer Sitzung schnelle und definitive Heilung der Asthmaanfälle herbei, von denen der Kranke seit 2 Jahren befreit ist.

M. van den Wildenberg. Tracheo-laryngotomie bei tracheo-laryngealen Papillomen.

van den W. berichtet von einem Kind von 8 Jahren, das an diffusen Papillomen des Larynx und der Luftröhre litt und welches eine Thyreotomie, die wegen darauffolgender Rezidive eine Tracheotomie nötig machten, hinter sich hatte. Trotz einer Ruhigstellung während 4 Jahre, zeigten die Papillome gar keine Heilungstendenz, sie breiteten sich bis zur Luftröhre aus. Laryngotracheotomie führte nach vollständiger Entfernung der Papillome endgültige Heilung herbei; das Laryngostoma ist seit zwei Monaten durch Autoplastik geschlossen.

M. van den Wildenberg. Drei Fälle von Thyreoidektomie.

a) Umfangreicher Basedow-Kropf bei einer 28jährigen Frau, mit enormem parenchymatösem Kropf, der die Luftröhre einengte und Basedowsche Symptome aufwies; Entfernung des grössten Teiles des Tumors mittels Lokalanästhesie.

b) Wirklicher Basedow bei einem Kind; in diesem Alter ist der exophthalmische Kropf sehr selten und nimmt oft einen akuten Verlauf.

Da die Symptome, trotz aller angewandten Behandlungsmethoden, besorgniserregend wurden, schritt man zur Operation: Thyreoidektomie des linken Flügels. Heilung seit einem Jahr.

c) Wirklicher Basedow mit Brustbeinkropf; das Verhalten des Pulses zwang zur Thyreoidektomie mittels Lokalanästhesie; sie umfasste den rechten Lappen und den oberen Teil des linken. Das äusserste untere Ende des rechten Lappens reichte tief in den Thorax hinein.

M. Delsaux-Brüssel. Eitrige Meningitis, deren Ursprung in der Nase ist.

M. Delsaux berichtet über einen jungen Mann, der 4 Monate zuvor an rechtsseitiger Stirnhöhlenentzündung operiert worden war; die Untersuchung wies rechts eine Polysinusitis, links eine Frontalsinusitis auf; auf die Operation folgte Entzündung der Weichteile der linken Seite; auf einen zweiten Eingriff, Auskratzung des linken Stirn-Siebbeins, folgten Gehirnzustände; bei Gelegenheit eines dritten Eingriffs entdeckte man einen Dural-Abszess, welcher eröffnet und dräniert wurde. Tod durch Meningitis.

M. Buys. Massageapparat für die Nasenschleimhaut.

Die Massage wird mit Hilfe einer weichen Gummiröhre, mit sehr engen Seitenwänden, ausgeführt, die an ihrem äussersten Ende geschlossen ist und an ihrem anderen Ende über eine Metallröhre hinübergreift, welch letztere in gewisser Weise als Trichter dient. Dieser Metallschlauch ist mit einer elektrischen Saug- und Druckpumpe durch eine Gummiröhre mit engen Seitenwänden verbunden. Wenn die elektrische Pumpe in Betrieb gesetzt wird, so fängt der Gummischlauch, der der treibende Teil des Apparates ist, in seiner ganzen Länge an zu beben und wird hierdurch ein ausgezeichneter Massageapparat für die Nasenschleimhaut, der sehr gut vertragen wird und die Zirkulation anregt.

M. Buys benützt ihn mit Erfolg seit beinahe zwei Jahren bei allen Arten von chronischen Katarrhen der Nasenschleimhaut.

81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg 20. und 21. September 1909.

Bericht über die XXIII. Abteilung: Hals- und Nasenkrankheiten.
Einführende: D. Chiari-Wien, Halbeis-Salzburg.

I. Sitzung Montag den 20. September.

Vorsitzender: O. Chiari-Wien.

Begrüssungsansprachen: Chiari-Wien, Halbeis-Salzburg.

1. O. Kren-Wien: Über Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen. Kein Grenzgebiet der gesamten Medizin

ist so weit, wie speziell das Gebiet der Mundhöhle, während die Ophthalmologie, die Rhino-Laryngologie und die Otiatrie schon lange von der allgemeinen Medizin als spezielle Fächer abgetrennt worden sind, ist die Stomatologie noch nicht zu einem selbständigen Spezialfach ausgebildet. Durch die Praxis ist eine gewisse Aufteilung des Grenzgebietes an die Laryngologen, Chirurgen und Dermatologen erfolgt. Um die gegenseitige Ergänzung der Kenntnisse zu fördern, beschäftigt sich Vortragender seit einigen Jahren mit dem Studium der Schleimhautläsionen bei Dermatosen. Um so freudiger folgt er deshalb der Aufforderung des hochverehrten Präsidenten, Herrn Hofrat Prof. Chiari, einen Teil seiner Sammlung der Mundhöhlenerkrankungen der Abteilung für Laryngologie vorführen zu können. Das Studium der Hautkrankheiten in ihrer Schleimhautläsion ist wegen verschiedener Momente schwierig, die bei vielen Hautkrankheiten oft massgebenden Farben-Nuancierungen sind viel weniger deutlich, die Einförmigkeit des Baues der Schleimhaut und die stete Mazeration der entstandenen Effloreszenzen durch den Speichel, bringen im Aussehen der verschiedenen Primarläsionen eine gewisse Monotonie zustande, welche die Diagnose um so schwieriger werden lässt. Trotzdem ist es auch hier durch langjährige Übung möglich, gewisse Kenntnisse zu erwerben und schliesslich auch Hauterkrankungen zu diagnostizieren, welche bloss auf der Schleimhaut lokalisiert sind.

An der Hand von 50 bis ins feinste Detail ausgeführten Aquarellen von dem Wiener Maler Jakob Wenzel bespricht nun der Vortragende die Symptome und Differentialdiagnose des Erythema multiforme, Erithema urticatum, gewisser toxischer Erytheme und des Pemphigus. Von den weiteren Entzündungen werden noch Lichen ruber planus und Lupus erythematodes in zahlreichen Bildern demonstriert. Von Akanthosis nigricans und Xeroderma pigmentosum werden ebenfalls einige Bilder projiziert und in kurzen Zügen das betreffende Krankheitsbild entworfen. Genauer geht der Vortragende auf die Schleimhaut mit Beteiligung der Sklerodomie ein, die ebenfalls in zahlreichen Bildern vorgeführt wird. Die Sklerodermie ist eine Erkrankung, die in ihrer diversen Form fast regelmässig die Mundhöhle und besonders die Zunge befällt, was bis nun von allen Autoren geleugnet wurde. In den grösseren Arbeiten und Monographien über Sklerodermie findet man stets Angaben der besonders grossen Seltenheit der Schleimhauterkrankung. Nach Lewin und Heller, nach Notthafft wären es nur einige Prozente, in welchen man eine Mitbeteiligung der Schleimhaut am sklerodermatischen Prozess vorfindet.

Durch sorgfältiges Studium dieser Erkrankung am reichen Materiale der Wiener Klinik hat sich jedoch erwiesen, dass diese Meinung fallen gelassen werden muss. Der Vortragende bespricht nun die an sich allerdings oftmals recht unscheinbaren, aber im späteren Verlaufe schwer störenden Krankheitserscheinungen an der Schleimhaut und der Zunge, die durch blosse Funktionsprüfung. allein schon erkrankt erkannt werden können. Ferner werden noch Abbildungen gewisser Missbildungen, die Haut und Schleimhaut oft gleichzeitig treffen, demonstriert. Naevus Pringle, Neuro-fibromatosis Recklinghausen und multiple Teleangiektasien sind die hier relativ am häufigsten in Betracht kommenden Affektionen. Schliesslich demonstriert der Vortragende noch Xanthome bei Diabetes, auf der Schleimhaut lokalisiert, in Knoten- und Streifenform, sowie einige Bilder von Sarcoma idiopathicum Kaposi, das in grossen und kleinen Knoten, wie in flachen Infiltraten die Schleimhaut befällt.

O. Chiari-Wien: Über Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase. (Erscheint in extenso in der Monatsschrift f. Ohrenheilkunde.)

Diskussion. Nadoleczny-München verweist auf die Arbeit eines englischen Autors in den Archives of Laryngology, der sich der Mühe unterzogen hatte, sämtliche Fälle von Blutungen bei Supratonsillarabszessen etc. zusammenzustellen und zu klassifizieren. Nach Inzision von anderer Seite sah Redner bei

einer älteren Dame zwei Nachblutungen, die beide bei Nacht und spontan am 3. und 4. Tage nach dem Eingriff aufgetreten waren und spontan standen. Eine merkwürdige Blutung ohne vorhergegangenen Eingriff bei einer 60jährigen Patientin nach überstandener Diphtherie kam von der seitlichen Rachenwand hinter dem Gaumenpfeiler etwa 1 bis 2 cm oberhalb des Gaumensegelrandes, rezidivierte mehrmals täglich während einer Woche und stand schliesslich — ob post hoc oder propter hoc ist fraglich — nach der von chirurgischer Seite vorgenommenen Retronsaltamponade. Patient machte darauf eine hypostatische Pneumonie durch und starb einige Wochen später infolge einer Nephritis, deren Vorhandensein zur Zeit der Blutung nicht nachweisbar war. Bei einem 6jährigen Mädchen trat schliesslich nach glatt erfolgter Adenotomie mit Schützschem Instrument in der Nacht vom 5. zum 6. Tage eine starke Blutung auf, die auf Suprareninspray stand und nicht mehr wieder kam. Die spätere postrhinoskopische Untersuchung ergab einen ganz kleinen Rest am oberen (nicht unteren) Wundrand, der livid verfärbt war, wie es Stegmann im 21. Band vom Archive of Laryngology angibt. Schliesslich fragt Nadoleczny an, ob der Vortragende Nachblutungen nach Schlitzung von Tonsillentaschen gesehen habe, wie sie ihm zweimal vorkamen, und zwar bei weiblichen Patienten, einmal von 24stündiger, einmal von 12stündiger Dauer. Blutstillung durch Injektion von Suprarenanin in das Tonsillargewebe. Auf Anfrage des Vortragenden, warum er ein Gegner der digitalen Untersuchung auf Rachenmandelhyperplasie sei, erwiderte er, dass ihn hievon hauptsächlich der psychische Effekt der Untersuchung bei Kindern abhalte. Solcherweise untersuchte Kinder sind nachher kaum mehr zu untersuchen und zu behandeln. Deshalb sollte man immer postrhinoskopieren oder eventuell nach Anwendung von Suprarenanin von vorne den Nasenrachenraum untersuchen und die digitale Methode auf die wenigen Fälle beschränken, deren Untersuchung anders nicht möglich ist.

L. Grünwald-Reichenhall-München: Die Vortäuschung von Hämoptoe durch Retronasalblut erfolgt in der Weise, dass das Blut entlang der Plica salpingopharyngea direkt, wie in einer Rinne, unter die Plica aryepiglottica zur Rima interarythenoidea fliesst, ein Weg, den auch das Sekret einschlägt und den man oft aufs genaueste beobachten und dadurch den Ursprung nachweisen kann. Dass die nach Stichelung eines Superatonsillarabszesses erfolgte Blutung nicht auf die Operation an sich zurückzuführen ist, ist im berichteten Falle klar; weniger verständlich ist, dass die von J. Killian und Grünwald angegebene Sondeneröffnung dieser Abszesse noch immer nicht durchgedrungen ist, obgleich mit diesem Verfahren die Coupierung der Entzündung gelingt, auch bevor noch Eiter sich deutlich gebildet hat. Seltene Ursachen von Blutungen sind solche bei Arteriosklerose in dem seinerzeit berichteten Fall tödlichen Ausganges nach der Abtragung eines Stimmbandpolypen, ferner septische Gefässlähmung bei Diphtherie, so dass die Blutung nur durch Kompression mit den impermeablen Penghawar Dyambi-Tampons gestillt werden konnte. Auch bei galvanokaustischer Zerstörung eines Sarkoms und von tuberkulösen Infiltraten am Kehlkopfe hat Grünwald Blutungen erlebt, zu deren Stillung bei Sarkom einmal sofortige Laryngofisur mit Tamponade nötig wurden. Für letztere Eventualität hat sich die Kompression der Art. thyreoidea sup. mittelst des auf dem I. Internationalen Laryngologen-Kongresse angegebenen Handgriffes jedesmal als wirksam erwiesen. Aneurysma der Art. palat. asc. sind noch fast jedesmal für Abszesse angesehen und angeschnitten worden, natürlich mit der Wirkung starker Blutung. Die Diagnose nämlich ist nicht leicht, da die Schleimhaut unverändert und Pulsation meist minimal ist. Über die erste derartige Beobachtung wurde seinerzeit (1872) berichtet. Die neuerlich empfohlene Serumanwendung hat sich in einem Falle mit unstillbarer postoperativer Nasenblutung als sehr wirksam erwiesen, so dass sie neuerlich zur Nachprüfung empfohlen werden kann.

G. Goldschmidt-Reichenhall: Unter den Tonsillotomien meiner Praxis erlebte ich bei einem 12jährigen Mädchen eine furchtbare Blutung. Dieselbe trat erst mehrere Stunden nach der Operation auf. Ich wurde zu einer angeblichen

Magenblutung nachts gerufen. Ich bestrich die blutende Wunde mit Adrenalin und die Blutung stand sofort. Seit dieser Zeit pflege ich jeder blutigen Operation in den oberen Luftwegen Adrenalinbepinselungen folgen zu lassen und habe dies nicht zu bedauern gehabt.

Th. S. Flatau-Berlin: Wie wichtig die Berücksichtigung des allgemeinen Status ist, beweist ein Fall von opturierenden Nasenpolypen bei einer hämophilen Patientin, wo Flatau die Operation ablehnte; sie wurde dann anderweits operiert — mit tödlicher Verblutung. Flatau hat auch mehrfache Unterbindungen von spritzenden Arterien nach der Tonsillotomie machen müssen, was ja der einfachste und sicherste Weg ist. Flatau erwähnt dann noch einige Fälle von Lungenblutungen bei larviertem Keuchhusten und diejenigen nach stimmlichen Anstrengungen bei Sängern und Sprechern.

A. Heindl-Wien; Was die Blutungen nach Adenotomie aus dem Nasen- und Nasenrachenraum anbelangt, so hat Vortragender die Bemerkung gemacht, dass sie meistens dann erfolgte, wenn mit Zangeninstrumenten gearbeitet und der Vomer verletzt wurde. Dort lauft die Arterie und findet der Vomer eine häufige Fortsetzung über das Rachendach, so wird auch dort die Arterie noch mit dem Beckmannschen oder anderen Messern erreichbar. Redner pflegt daher, wenn möglich sich vor der Operation durch Digitaluntersuchung über die Anatomie des Nasenrachenraumes zu orientieren.

Was den Fall einer Blutung nach Inzision eines Peritonsillarabszesses anbelangt, so wurde die Inzision vom Redner gemacht. Die Blutung erfolgte, weil Morbillen etc. die infektiösen akuten Exantheme immer mit Gefässparalyse, respektive Herabsetzung des Gefässparalyse einhergehen. Wenn es zu vermeiden gewesen wäre, hätte Redner auch in diesem Falle den operativen Eingriff nicht vorgenommen.

O. Kahler-Wien berichtet über einen Todesfall nach Tonsillektomie, der auf Kombination eines kompensierten Vitium cordis mit Status lymphaticus zurückzuführen war, Nachblutung war nicht aufgetreten.

Schlusswort: Chiari erwähnt, dass er Killians Methode der Eröffnung der Peritonsillitis durch die Fossa supratonsillaris oft versuchte, aber nur selten in den Eiterherd gelangte. Das Adrenalin vor der Tonsillotomie ist nicht angezeigt, weil es die Blutgefässe für drei Stunden kontrahiert; man kann dann unmittelbar nach der Operation eventuell gar keine Blutung finden, während sie drei Stunden später stark beginnt. Chiari ist für digitale Untersuchung vor der Adenotomie, weil sie Aufschluss gibt über alle Verhältnisse und namentlich über bedeutendes Hereinragen der Tubenwülste. Diese könnten sonst durch ein breites Adenotom verletzt oder teilweise abgetragen werden. Chiari beobachtete zwei solche Fälle ohne Nachteil für das Ohr (einen eigenen und einen fremden). Eine Infektion durch der Finger wird vermieden durch Desinfektion des Fingers und Anwendung eines sterilen Fingerlings. Nach Schlitzung der Mandellakunen beobachtete Chiari nie eine nennenswerte Blutung.

O. Kahler-Wien: Klinische Beiträge zur Ösophagoskopie und Bronchoskopie. Der Vortragende bespricht zunächst die an Hofrat Chiaris Klinik geübte Technik der Ösophagoskopie und die bei der Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre erzielten Erfolge. In den letzten acht Jahren konnten 89 Fremdkörper durch das Ösophagoskop gesichtet werden, 81 mal gelang die Extraktion durch das Ösophagoskop, in 8 Fällen wurden die Fremdkörper gelockert und glitten in den Magen. Nach kurzer Besprechung der tracheo-bronchoskopischen Fremdkörperfälle (16 gelungene Extraktionen) erörtert Redner die Bedeutung der Bronchoskopie für die interne und die chirurgische Klinik. Angeregt durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Professor Stoerks konnte er bronchoskopisch in Fällen von Mitralstenose erhebliche Verengerungen des linken Bronchus konstatieren, die durch den vergrösserten linken Vorhof verursacht wurden. Durch das Bronchoskop konnte in zwei Fällen von Aortenaneurysmen und in einem Falle von Mediastinaltumor ein fast vollständiger Trachealverschluss konstatiert werden; dadurch war

die Indikation zur Anlegung einer Bronchusfistel (nach dem Vorschlage Glucks) gegeben. In dem einen Falle konnte die Auffindung eines grösseren Bronchus dem Chirurgen durch das während der Operation eingeführte bronchoskopische Rohr erleichtert werden. In allen Fällen besserte sich die Dyspnoe nach der Operation, doch überlebte die Patientin nur kurze Zeit (bis zu vier Tagen).

A. Heindl-Wien: Bronchoskopische Mitteilung. Vortragender bespricht einen Fall von Stenosierung der Trachea durch einen in der Gegend des dritten Trachealringes von links und rückwärts hereindrängenden Tumor mit glatter gut vaskularisierter Schleimhautoberfläche, dessen Natur und Grösse er durch die direkte Tracheo-Bronchoskopie feststellen wollte, wobei Patient eine plötzliche Asphyxie erlitt, welche nur durch sofortige Vornahme der Tracheotomie behoben werden konnte. Der Tumor war eine durch Druck und Zug an der Trachea Volumschwankungen unterliegender zystoid degenerierter Anteil einer Struma, welche von rückwärts und seitwärts her die Trachea komprimierte. Ausserdem stellte sich später heraus, dass die chondromalazisch veränderte vordere Trachealwand aspiriert worden war. Auch fand sich noch ein substernaler zweiter Knoten, der sich später entwickelt und die vordere Wand eingedrückt und erweicht haben dürfte, da der Patient später wieder asphyktische Anfälle erlitt und vier Monate nach der Tracheotomie in der Nacht einem Anfalle kardialer Dyspnoe, trotzdem er die Kanüle trug, erlag. Daraus zieht Vortragender folgende Schlüsse: 1. Dass man, wie Killian schon erwähnte, derlei Untersuchungen, wenn es sich um Stenosen der Trachea oder der grossen Bronchien handelt, nur vornehmen soll, wenn zur Tracheotomie vorbereitet ist oder, wie Autor vorschlägt, in der Narkose, um den Widerstand des Patienten, seine Muskulatur und die leichte Erregbarkeit des Atmungszentrums auszuschalten. 2. Dass man bei Stenosen, bedingt durch Narben oder Geschwülste, besonders wenn diese von aussen kommen, immer mit einer partiellen oder allgemeinen Erweichung der Trachealwand zu rechnen haben wird und deswegen schon die obige Forderung aufrecht bleiben muss. 3. Mehr als die harten, derben Geschwülste (Karzinom-Drüsentumoren) kommen als Hindernis für die direkte Tracheo-Bronchoskopie, die durch Druck und Zug der Muskulatur, durch venöse Stauung vom Kor aus leicht einer Volumsveränderung unterliegenden zystischen und blutreichen Geschwülste in Betracht, wofür in erster Linie die Strumen zu zählen sind. 4. Nimmt die Stenose während der Untersuchung zu, so darf das Rohr nicht den Rückweg antreten, sondern muss tiefer geführt werden, respektive liegen bleiben, bis die Tracheotomie vollzogen ist. 5. Die Erweichung der Trachealwand wird Axendrehung und Aspiration häufig zur Folge haben. 6. Dass viele Asphyxien mit aber auch ohne Stenosierung der Trachea auf Rechnung der erworbenen oder habituellen Weichheit derselben zu setzen sind und durch Zug und Aspiration derselben infolge forcierter Atmung zustande kommen. A. Erworben kann sie sein durch Geschwülste in- und ausserhalb der Trachealwand gutartiger und bösartiger Natur, durch akute und chronische Entzündungen (Syphilis), durch andere dyskrasische Allgemeinerkrankungen, durch Narben und Kanülendruck (Pieniaczek). B. Habituell kann sie sich finden bei Anämie und Unterernährung (heredit. Lues) besonders aber im Kindesalter, daher auch hiebei häufig die bedrohlichen Erscheinungen bei Pertussis etc.

II. Sitzung Dienstag den 21. September.

Vorsitzender: Th. S. Flatau-Berlin.

Th. S. Flatau: Zur Behandlung der phlegmonösen Angina.

Sie werden wohl als erfahrenem Praktiker mir zugeben, dass in der poliklinischen und auch in der privaten Therapie der phlegmonösen Angina die Situation für uns Ärzte im Leben nicht so einfach ist, wie es nach dem chirurgischen Satz „Ubi pus ibi evacua" scheinen könnte. Weder ist immer die Lokalisation des phlegmonösen Prozesses an den einzelnen Stellen des lymphatischen Rachenringes so deutlich, dass Täuschungen bei der Inzision ausgeschlossen sind,

noch sind die klinischen Zeichen der Differenzierung und Fluktuation immer so eindeutig, dass der berechtigten Inzision auch wirklich immer eine Entleerung des Eiters folgt. Wenn nun auch die Erwägungen mancher Lehrbücher zutreffen mögen, dass auch eine solche Inzision, um eine Entspannung herbeizuführen, willkommen sei, so wissen wir doch, dass die nicht zu unterschätzenden Qualen unserer Patienten in diesem Falle recht wenig günstig beeinflusst werden. Der Hungerzustand bleibt bestehen und zu den wütenden Schmerzen des phlegmonösen Prozesses summiert sich der Wundschmerz. Auch wird das Vertrauen zu dem Therapeuten nicht gehoben. Wenigstens habe ich häufig in meinem Ambulatorium so vorbehandelte Patienten gesehen, die aus der Behandlung ihrer Ärzte weggeblieben waren. Nicht zum wenigsten fallen unter diese Kategorie der Enttäuschten diejenigen, die gewöhnt sind, ein oder mehrmals von solchen Phlegmonen befallen zu werden. Manche Kollegen sind von der frühen Inzision ganz und gar abgekommen. Sie warten nach der Väter Sitte unter Verwendung von Hitze und Grütze die grosse Prominenz und Fluktuation ab und inzisieren spät. Aber auch diese Methode, bei der die Qual des Patienten vermehrt wird und der Inanitionszustand recht übel wirkt, hat noch eine besondere, ihr innewohnende Gefahr, die sich gerade mit der Spätinzision verbindet, das ist die Arrosion der Arterienwand. Ich habe einen solchen Fall bei einem vierjährigen Kinde in meinem Ambuatorium erlebt. Bei einer grossen phlegmonösen fluktuierenden Verschwellung, die keine besondere Pulsation zeigte, wurde die übliche Inzision gemacht mit sofortigem Exitus durch Karotisblutung. Der unglückliche Ausgang vollzog sich in weniger als einer Sekunde, ehe man an Kompression denken konnte. Von jeher war es wohl der Wunsch der Therapeuten, eine coupierende Methode der Behandlung zu besitzen, wobei schon in den Frühstadien eine Rückbildung des Prozesses bewirkt werden sollte. Eine sehr einfache Behandlungsmethode, die ich seit vielen Jahren ausübe, bezweckt, wie sich aus den folgenden Ausführungen ergeben wird, nicht der Inzision und Entleerung des Sekretes auszuweichen, aber sie machen sie in der Tat oft unnötig, weil sie einen Stillstand und eine Rückbildung des Prozesses bewirkt. Die Behandlung setzt sich aus zwei Eingriffen zusammen, von denen der eine eben jenen Stillstand durch Rückbildung des Prozesses selbst zu bewirken versucht, der andere die etwa dort notwendige Entfernung des Sekretes sicher und gefahrlos zu gestalten bestrebt ist. Jene Absicht erfüllt die dem Sonderzweck angepasste Stauung; sie wird ausgeführt durch einen einfachen Apparat, bei dem je nach dem Sitze des Prozesses die Stellen der seitlichen Halsgegend nach oben bis zur Umgebung der Ohrmuschel, nach unten und vorne bis zum Ansatz der Kopfnicker in der Weise behandelt werden, dass eine besonders energische und langdauernde Durchströmung der Hauptpartien unter dem Stauglase erzeugt wird. Hiezu dient ein Apparat, dessen Glasteil ein oben geschlossenes Zuflussrohr enthält, das nur an einer Seite eine Öffnung besitzt. Auf ihr sitzt ein kegelförmiger Gummistopfen, der ebenfalls eine seitliche Öffnung besitzt, die diejenige des Glasrohres deckt, während der komprimierte Gummiballon aufsitzt und die Aspiration vollzieht. Wird der Gummistopf danach um seine Achse gedreht, so bildet er ein sicher schliessendes Ventil und der Gummiballon kann entleert werden. Je nach der Schwere und Ausbreitung des Prozesses werden ein bis drei Stück solcher Glasballons angesetzt. Sie bleiben bis zu einer Stunde liegen. Entweicht etwas Luft, so wird immer wieder nachgesaugt. Die gesamte Applikation geschieht je nach der Schwere des Prozesses zwei- bis dreimal täglich. Neben der rückbildenden Kraft auf den Prozess selbst ist die günstige Wirkung auf die Schmerzen und auf das Allgemeinbefinden hervorzuheben. Selbst in Fällen, die inzisionsreif erschienen, kann während der Applikation gut geschluckt werden. Es liegt auf der Hand, wie wichtig es ist, diese im Moment eintretende Wirkung für die Nahrungsaufnahme auszunützen. In diesem Sommer, wo eine grosse Zahl von Phlegmonen in Berlin zur Beobachtung kamen, hatte ich zufällig an einem Tage das Geschick, viermal zu schweren phlegmonösen Fällen konsultiert zu werden. Bei allen diesen Fällen war die augenblickliche Wirkung in diesem

Sinne von den behandelnden Kollegen mit Staunen und von den Patienten mit grosser Befriedigung aufgenommen worden. Das andere Hilfsmittel zur Sicherstellung der Inzision ist auch einfach und alt genug. Es ist die Probepunktion. Ein genügend langer, je nach der Lage der Schwellung passend abgebogener Troikart bleibt während des Einstiches mit der Glasspritze in Verbindung. Der Einstich selbst ist im Vergleich zur Inzision so wenig schmerzhaft, dass man keine Schwierigkeiten hat, ihn mehrfach an verschiedenen Stellen und Tiefen zu wiederholen. Wird nun an einer Stelle Eiter gefunden, so kann das Instrument in der Einstichstelle liegen bleiben und wie eine Sonde benützt werden. Die Inzision selbst wird dann mit einem zweischneidigen Messer und geeigneten Scheren angeschlossen. Ich möchte Ihnen nach meinen — durch viele Jahre fortgesetzten Beobachtungen — mein Verfahren an dieser Stelle dringend empfehlen. Ich bin gewiss, Sie und Ihre Patienten werden damit wohl zufrieden sein.

Chiari betont, dass er die Saug- und Aspirationstechnik bei Angina phlegmonosa für sehr zweckmässig findet und nicht anstehe, sie bestens zur Erprobung zu empfehlen.

III. Kombinierte Sitzung mit der Abteilung für Otologie.

Vorsitzender: L. Grünwald-Bad Reichenhall-München.

Th. S. Flatau-Berlin: Über einen neuen Apparat zur Messung der Stimmstärke (Stimmstärkemesser nach Flatau und Wethlo).

Der Wunsch nach einem objektiven Mass für die Stimmstärke wurde für mein Arbeitsgebiet nicht nur durch theoretische Erwägungen hervorgerufen, sondern auch durch die dringenden Erfordernisse der phonetischen Praxis. Bei der Behandlung der funktionellen Stimmstörungen ist in der Mehrzahl der Fälle auch nach der Herstellung der normalen Intonationsbewegung eine Überwachung der Patienten notwendig. Es darf zunächst noch nicht mit beliebiger Stärke und auch nicht zu lange hintereinander phonisch gearbeitet werden. Auch die Beanspruchung der Höhe erfordert noch Vorsicht. Nach allen drei Richtungen werden häufig Fehler gemacht, so wie die Patienten sich selbst überlassen sind. Oft treibt sie der Wunsch, bald zu schnell wieder zu Bühnen und Konzertleistungen zu gelangen, zu hastig vorwärts. Dann ist es gar zu verführerisch für sie, in der neu gewonnenen Klangfülle zu schwelgen und endlich verwechseln sie auch gar häufig Tragfähigkeit und Intensität. Von den bisherigen Versuchen ist Lucaes Phonometer am bekanntesten. Bei diesem Apparate wird der Winkel gemessen, um den ein pendelnd aufgehängtes Glasplättchen durch den phonischen Luftstrom aus seiner Ruhelage abgelenkt wird; es ist also einem Anemometer ähnlich. Zwardemaaker hat bereits treffend darauf hingewiesen, dass die Verschiedenheit des Luftaufwandes bei der phonischen Arbeit den Wert dieses Systems herabsetzt. Für unseren Zweck, wo es sich oft um noch ungeübte Sänger und Redner handelt, war dieser Weg von vorneherein aus diesem prinzipiellen Grunde ungangbar. Da der Kunstsänger schon verhältnismässig früh die Fähigkeit hat, Intensitätsveränderungen vorzunehmen, bei denen weniger die transportierte Luft in Betracht kommt als die gewählte Hauptrichtung, die er durch den Typus und die Variationen seiner Kunstatmung den Schallstrahlen anweist, so versprach auch die Berechnung der Energie mit Hilfe der transportierten Luftmenge und dem subglottischen Luftdruck keinen praktisch konstruktiven Erfolg. Die neuen Versuche Stephaninis, wobei durch galvanometrische Messung mikrophonischer Ströme eine Art von Eichung der persönlichen Stimmstärke ermöglicht wird, sind bei dem Abschlusse unserer Konstruktion durch ausführliche Beschreibung erst bekannt geworden. Bei meinen persönlichen Erfahrungen, die ich gerade in den letzten Jahren bei Mikrophonen hinsichtlich einer anderen Versuchsreihe gesammelt habe, scheint mir aber die Empfindlichkeit und Inkonstanz der Mikrophone nicht günstig für die Herstellung eines einfachen auch für den

Gebrauch des Patienten bestimmten Apparates. Für unseren Zweck musste auch von dem Mittel der photographischen Fixation der Membranbewegungen durchaus abgesehen werden. Dazu kommt letzthin der Einwand Zwardemaakers, der die Methode nachgeprüft hat. Er bemerkt, dass es notwendig sei, das Mikrophon vorn durch eine möglichst dünne Mikaplatte zu schützen, da sonst die unmittelbare Wirkung der Luftbewegung nicht abgehalten werden könne: Es liegt auf der Hand, dass damit die Empfindlichkeit des Apparates wieder herabgesetzt wird. An unserem Apparate, den ich mir hier zum ersten Male zu demonstrieren erlaube, verwerten wir die Veränderungen, die bei der Besingung einer Membran aus feinstem wenig gespannten Kondomgummi dadurch entstehen, dass ein ausserordentlich feiner Sandstrahl auf sie fällt. Statt feinsten Seesandes, der hier verwendet ist, kann auch besonders fein gemahlenes und exakt gesiebtes Ziegenmehl benützt werden. Die Membran ist nun so gestellt, dass von dem Anfallspunkte in der Ruhe sich eine bergähnliche Sandfigur nach unten ansammelt, deren Grundfläche auf einer kleinen flach vorspringenden Metallzunge gehalten wird. Wird nun die Membran in Schwingungen versetzt, so sehen Sie, dass eine Bewegung zwischen dem Anfallspunkt und der Bergspitze sichtbar wird, wobei mit wachsender Intensität der Stimme auch die Entfernung zwischen Anfallspunkt und Bergspitze sich vergrössert. Wird diese Entfernung für einen Sonderfall bestimmt, so genügt in der Praxis bereits die einfache Anordnung, dass bei den Übungen die so bestimmte lineare Grösse nicht überschritten werden darf. Die Schallwellen werden durch ein einfaches Schallrohr aufgenommen, in dessen Mitte sich, wie Sie sehen, noch eine einem Diaphragma ähnliche Einrichtung befindet. An dieser Stelle ist, wie Sie sehen, noch eine zweite Möglichkeit gegeben, durch Abblendung der externen Schallstrahlen die Einwirkungsmöglichkeit auf den Endmechanismus zu erschweren, so dass also grössere Intensitäten aufgeboten werden müssen, um das gleiche lineare Mass der Entfernung vom Auffallspunkt zur Bergspitze bei der phonischen Aktion zu erhalten. Wenn der Apparat abgelaufen ist, ermöglicht ein einfacher Mechanismus, ihn sofort wieder durch eine Drehung in die Funktionsstellung zu bringen, ohne dass von dem rieselnden Material etwas verloren geht. Ebenso ist leicht ersichtlich, dass der Apparat gleichzeitig als Zeitmesser dienen kann. Man ordnet dann eben neben der Ausdehnung der zugelassenen Übungen für die Stärke, Höhe an, dass sie jedenfalls für eine bestimmte Zahl von Umdrehungen zugelassen werden. Bei diesem Apparat ist für die Zwecke der Demonstration der Abschluss durch eine gewöhnliche Glasscheibe gegeben. Sie ist sonst durch eine Mattscheibe ersetzt. Die Bewegungen, auf die es ankommt, die Arbeit und Beeinflussung des Endmechanismus wird in einem Spiegel beobachtet, der während der phonischen Arbeit dem Auge bequem zugängig ist. Physikalisch wird bei unserer Kombination von den Veränderungen der Kohäsion der Sandteilchen und von denen der Adhäsion dieser Körperchen zur Membran Gebrauch gemacht. Wird der Apparat — am besten mit Verwendung einer Libelle — richtig eingestellt, so lässt sich die Konstanz seiner Arbeit leicht demonstrieren. Was die Dimensionen des Membran (30 mm Durchmesser) anbelangt, so hoffen wir damit für alle Fälle auszukommen. Es steht natürlich nichts im Wege, für Kinder und besondere Zwecke, namentlich für Kinderstimmen empfindlichere Sonderexemplare in kleineren Dimensionen einzustellen. (Folgt die Demonstration des Apparates)

L. Grünwald-Reichenhall-München: „Der Recessus ethmolacrymalis".

Bei der Untersuchung des Kieferhöhlenostiums von der Lateralseite her bemerkt man sehr häufig eine vom Tränenbein und dem vordersten Teil der Papierplatte bedeckten, mitunter sehr grossen Recessus. Derselbe hängt mit der Kieferhöhle oder dem Hiatus semilunaris, noch öfter mit beiden zusammen und ist entwickelungsgeschichtlich als lateralster Teil der Fissura ethmoidalis lateralis (Schönemann) aufzufassen. Oft besteht ein Zusammenhang mit „Hiatuszellen"; einmal stellte der Recessus auch einen unmittelbaren Übergang zwischen Stirn-

und Kieferhöhle her, so dass an Stelle der drei Einzelhöhlen ein einziger grosser Raum vom Stirnhöhlendach bis zum harten Gaumen hinunter sich erstreckte. Die im Original nachzulesenden näheren anatomischen Verhältnisse werden an den Abbildungen einer grösseren Anzahl von Präparaten demonstriert. Die klinische Bedeutung des Recessus beruht darin, dass er erstens eigenes Sekret oder solches von Stirnhöhle oder Hiatuszellen in die Kieferhöhle abführt, so dass sie infiziert wird, 2. dass solches Sekret vor dem Ostium maxillare lagert, wodurch eine Erkrankung der Kieferhöhle sogar bei direkter Untersuchung, vorgetäuscht wird, 3. erklärt sich die Schwerheilbarkeit vieler Fälle von Kieferhöhlenentzündungen durch Sekretretention in einem Rec. ethm. lat., 4. brechen Mukokelen oder Retentionseiterungen des Rec. ethm. lat. auch nach aussen, an typischer Stelle durch (Verwechslung mit Siebbein oder Stirnhöhle zu vermeiden), 5. vermittelt der Rec. ethm. lat. die Einsprengung fremder Keime vom seitlichen Nasenspalt her. Mehrere Krankengeschichten erlautern diese verschiedenen Vorkommnisse.

L. Grünwald. „Die septale Stirnhöhlenoperation."

Vor drei Jahren wies Grünwald darauf hin, dass dem Abfluss von Stirnhöhlensekret, auch in operierten Fällen, öfters ein ernstes Hindernis in grosser Enge des subfrontalen Nasenabschnittes entgegenstehe und gab zur Behebung des Hindernisses die Resektion des an die Stirnhöhle angrenzenden Septumabschnittes an. In zwei indessen erfolgten Fällen von Hirnabszess, einem postoperativen Todesfall von Kofler und einem geheilten von Cargill ist man neuerdings ebenfalls auf die Wichtigkeit der subfrontalen Enge aufmerksam geworden. Da die angegebene Operation aber unbekannt geblieben ist, gibt die endlich erfolgte Anerkennung ihrer Notwendigkeit den Anlass zu nochmaliger Erörterung. Die Verhältnisse der Enge und die Art der Operation werden an den Abbildungen von Präparaten gezeigt. Grünwald hat sie in vier Fällen doppelseitiger und zwei einseitiger Stirnhöhleneiterungen mit gutem Erfolg ausgeführt; nur bei einem wurde eine Nachoperation wegen Siebbeinerkrankung erforderlich. Der kosmetische Effekt war zufriedenstellend.

Holinger-Chigago spricht über „Tonsillektomie". und deren Bewertung bezüglich der Frage der Vornahme dieses Operationsverfahrens gegen häufig sich wiederholende Tonsillitiden. — An der Hand zweier Krankengeschichten, insbesondere eines Falles, welcher einen Kollegen betraf, machte der Vortragende darauf aufmerksam, dass die vorgenommene Operation nicht den beabsichtigten Heilerfolg erzielte, sondern im Gegenteil daran anschliessend sich derart widerwärtige pharyngeale und sonstige rheumatoide Beschwerden hinzugesellten, an denen der Kranke noch heute zu leiden habe, so dass die Verwendung dieser Methode bei den amerikanischen Kollegen seither sehr in Misskredit gekommen sei.

Diskussion. Chiari erwähnt einen Bericht von Dr. Richards im Atlantic City 1909 Juni (Sitzung der American Lar-Rhin and Otolog. Society), der über die Vorzüge der Tonsillektomie gegenüber der Tonsillotomie sprach. Von üblen Erfolgen erwähnte er damals nichts. Der einzige Fall auf Chiaris Klinik wurde schon angezogen; er ging letal aus, aber nicht infolge der Operation, sondern wegen Status lymphaticus und Vitium cordis.

Siebenmann-Basel glaubt, dass die wenigen unglücklich verlaufenden Fälle diese Operation selbst nicht diskretieren sollten, die eben doch — namentlich bei Peritonsillitis — so segensreich wirkt, wie keine andere der zu gleichem Zwecke empfohlenen Methoden.

Schlusswort. Siebenmann spricht den Einführenden und den Sekretären der hier versammelten otologischen und laryngologischen Sektionen für ihre treffliche Mühewaltung vor und während der Versammlung den herzlichsten Dank der Anwesenden aus. (Lebhafter Beifall!)

VI. Personalia.

Gestorben: Herr Professor Dr. Ludwig Katz-Berlin und Geh. Medizinalrat Dr. Wehmer-Berlin.

Herr Dr. Emil Glass hat sich als Privatdozent für Laryngologie an der Universität Wien habilitiert.

Am zweiten November ds. Js. feierte in Berlin Herr Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ernst Küster seinen 70. Geburtstag.

Aus diesem Anlass überbrachte seine Exzellenz der Generalstabsarzt der Armee Professor Dr. v. Schjerning im Namen des Sanitätsoffizierkorps, dem der Gefeierte als Generalarzt à la suite angehört, Glückwünsche. Ferner erschien zur Gratulation der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, vertreten durch die Herren Körte, Bier, Lindner und König. Schliesslich die früheren Assistenten.

Küster, ein geborener Mecklenburger, lag seinen medizinischen Studien in Bonn, Würzburg, Berlin, Wien, Prag und Paris ob. Nachdem er 1863—1871 mit Unterbrechung durch die Feldzüge Assistent am Berliner Hedwigs-Krankenhaus und Bethanien unter Wilms war, wurde Küster 1871 die Leitung der chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals in Berlin übertragen. Hier hielt er vorwiegend diagnostische Kurse in der Chirurgie ab, zu denen sich eine zahlreiche Korona einfand, die mit grösstem Nutzen den klinischen Vorstellungen und Vorträgen folgte.

Im Jahre 1890 übernahm Küster als Professor Ordinarius die Leitung der Universitätsklinik zu Marburg, der er vorstand, bis er vor einigen Jahren nach Berlin zurückkehrte. Hier entfaltet Küster neben seiner konsultativen Tätigkeit eine sehr reiche in gemeinnützigen Bestrebungen und als Mitglied des Herrenhauses, in das er vor einigen Jahren berufen wurde.

Küsters Verdienste um die Rhino-Laryngologie brauchen nicht aufgezählt zu werden. Es ist bekannt genug, dass er besonders der chirurgischen Behandlung der Nebenhöhlen der Nase seine ganz besondere Aufmerksamkeit zugewandt hat. Die Grundsätze, welche er im Jahre 1889 über die Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen aufstellte, sind bis heute unerschüttert geblieben und die ganze Therapie der Nebenhöhleneiterungen fusst auf diesen Grundsätzen.

Auch der Laryngologie hat Küster stets Interesse entgegengebracht. Er war unter den ersten, welche die Thyreotomie bei der Kehlkopftuberkulose anwandten, und er hat die Erfahrungen, welche an seiner Klinik damit gemacht sind, in einer Dissertation seines Schülers Crépon niederlegen lassen.

Es sei daher dem vielfach Gefeierten auch an dieser Stelle der herzlichste Glückwunsch dargebracht. Bl.

Entfernung eines Fremdkörpers aus der Kieferhöhle mit Hilfe der Endoskopie.

Von

Dr. R. Imhofer, Prag.

„Die Entfernung derartiger Fremdkörper durch eine relativ enge Öffnung (es kommen nur die Fistelöffnung nach Cowper oder eine kleine Öffnung in der Fossa canina in Betracht) ist zuweilen keine leichte Aufgabe." Mit diesem vielleicht recht selbstverständlichen Satze schildert Hajek[1]) eigentlich eine der peinlichsten Situationen, in die der Arzt geraten kann, wenn nämlich ein Fremdkörper in die Kieferhöhle durch therapeutische Manipulationen gelangt. Ob jetzt ein Verschulden des Arztes vorliegt oder nicht, jedenfalls wird der Enderfolg unseres therapeutischen Handels illusorisch, und in einer ausgeheilten Kieferhöhle aufs Neue eine Eiterung angeregt, oder die Ausheilung einer eiternden Kieferhöhle verhindert. In Erinnerung daran, wie wertvoll mir jede einschlägige Mitteilung in der Literatur war halte ich die Veröffentlichung einschlägiger Fälle, besonders da mit der intensiveren Behandlung der Nebenhöhlen solche Vorkommnisse sich sicher häufen werden, nicht für unangezeigt. Zunächst die Krankengeschichte meines Falles.

Frl. D. kam am 6. IX. 1909 mit der Angabe zu mir, sie leide seit längerer Zeit an Absonderung zähen Schleimes im Rachen, den sie nicht hinunterbringen könne; zeitweise rieche derselbe übel. Bei Untersuchung fand sich eigentlich weder in Nase noch im Rachen ein abnormer Befund, nur die Durchleuchtung zeigte eine geringe Helligkeitsdifferenz zwischen rechts und links. Die hierauf vorgenommene Probeausspülung der linken Kieferhöhle förderte eine unglaubliche Menge teils geballten, teils krümmligen Eiters zutage. Da unter täglichen Spülungen die Eitermenge nach einigen Tagen nicht deutlich abnahm und ich wenigstens meiner Erfahrung nach der Patientin eine definitive Ausheilung auf diesem Wege nicht in Aussicht stellen konnte, nahm ich über Wunsch der

[1]) M. Hajek, Pathologie und Therapie der entzündl. Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. III. Aufl. 1909. S. 149.

Kranken am 10. September die Anbohrung nach Cowper von der Alveole resp. dem zahnlosen und atrophischen Alveolarfortsatze etwa in der Gegend des 2. Prämolaris vor.

Schon über dieser Operation waltete ein Unstern; es brach nämlich die elektromotorische Fraise, mit der ich die Wandungen des Bohrkanales glätten wollte, ab und blieb in dem Kanale stecken, so dass ich mich genötigt sah, sofort die Fossa canina zu eröffnen; von dieser aus drückte ich mittelst eines Raspatoriums das Fraisenstück durch den Kanal so weit nach abwärts, bis es in den Bereich einer eingeführten Wurzelzange gelangte, mittelst welcher es dann extrahiert wurde. Die Öffnung in der fossa canina schloss ich mittelst Naht. Trotz dieses Zwischenfalles aber liess die Heilung und der Erfolg nichts zu wünschen übrig. Die Zahl der täglichen Spülungen (ich begann mit 3) konnte bald vermindert werden und in ca. 5 Wochen waren wir so weit, dass auch nach zweitägiger Pause bis auf 2 bis 3 schleimige Flocken das Spülwasser rein war. Da begann Patientin darüber zu klagen, dass ihr die Einführung des Hartgummistiftes zunehmende Beschwerden verursache, welche sich trotz Anwendung einer Anästhesinsalbe steigerten. Ich untersuchte mittelst Sonde und konstatierte kleine Granulationen an dem antralen Ende, welche ich, um mich mit Ätzungen nicht lange aufzuhalten, mittelst scharfen Löffels entfernen wollte. Ich führte also einen Wattekonus mit 10% Kokainlösung in den Bohrkanal ein; als ich den Watteträger aber zurückzog, bemerkte ich mit Schrecken, dass der Wattekonus darauf fehlte, er war in das Antrum Highmori hineingeglitten. Ein sofort eingeführtes kleines Häckchen vermochte ihn nicht zu fassen, ebenso wenig Kornzangen verschiedenster Krümmung. Ich machte nun forcierte Spülungen von der Alveolaröffnung sowohl, als auch vom Ostium maxillare aus, ich versuchte in Anlehnung an das noch zu erörternde Vorgehen von Gomperz durch eine in den Bohrkanal eingeführte Spritze den Fremdkörper zu aspirieren, nachdem ich die Kieferhöhle von der Nase aus mit Wasser gefüllt hatte — vergebens. Auch die Einführung eines biegsamen Drahtgewindes in die Kieferhöhle, in der Hoffnung, dass sich der Fremdkörper in den Windungen verfangen und beim Herausziehen des Drahtes mitgezogen werden würde, erwies sich als erfolglos, und so musste ich die Patientin mit dem Wattekonus in der Kieferhöhle entlassen.

Zwei Tage blieb das Spülwasser klar, am dritten Tage setzte die Eiterung ein; sie war zwar nicht kopiös, aber ungemein fötide, und Patientin, die sich bis dahin sehr wohl befunden hatte, kam sichtlich herunter. Alle Manipulationen, die ich oben geschildert habe, blieben erfolglos, nur konnte am 3. Tage ein Stückchen Watte, das aber der Grösse nach kaum dem zehnten Teile des eingeführten Tampons entsprach, zutage gefördert werden. Ich bemerke noch, dass ich mich im Reagenzglase darüber orientierte, ob ein festgedrehter Wattepfropf in einer für die Schleimhaut indifferenten Flüssigkeit zur Quellung und sit venia verbo Auflösung gelangen könne; wie ich jetzt nach fast 3 Wochen konstatieren kann, bleibt ein solcher Pfropf sowohl im Wasser als auch in Wasserstoffsuperoxydlösungen völlig unverändert. So sah ich, dass wohl die neuerliche Öffnung der Fossa canina sich nicht werde umgehen lassen und ich hatte schon mit Zustimmung der Patientin die Operation beschlossen, als mir unter der einschlägigen Literatur, die ich selbstverständlich eifrigst studierte, eine Arbeit von Sargnon[1]) in die Hand kam, dem es gelungen war mit Hilfe eines sehr einfachen Endoskopes einen Fremdkörper (Drainrohr) allerdings durch eine Öffnung über der

[1]) Sargnon, Endoskopie direkte du sinus maxillaire par les fistules. Archives internationales de Laryngologie etc. 1908. S. 705.

Alveole (susalveolaire) zu extrahieren. Ich beschloss einen letzten Versuch zu machen. Ein dem Sargnonschen Endoskop analoges Instrument war bald konstruiert; ich liess von einem Zaufalschen Trichter zur Salpingoskopie etwa 1/3 abschneiden und die Öffnung oval machen. Das Instrument hatte eine Länge von 7 cm, der Durchmesser des Lumens war 5 mm, als Beleuchtungsquelle diente mir ein Trautmannscher elektrischer Ohrenspiegel, auf den von Sargnon verwendeten Mandrin verzichtete ich. Als ich nun dieses Instrument in den gehörig kokainisierten Alveolarkanal einführte, konnte ich zunächst konstatieren, dass die antrale Öffnung nicht kreisförmig sondern spaltförmig sei und nur durch den eingeführten Stift klaffend erhalten werde; es erklärte sich also a priori die Unmöglichkeit, einen halbweichen Körper, wie es ein Wattetampon ist, bei halbwegs beträchtlicher Grösse durch diese Öffnung herauszubefördern. Aber auch die Aspiration konnte auf diesem Wege keinen Erfolg haben, wie er Gomperz beschieden war. In Gomperz' Falle konnte nämlich das Mundstück der Spritze durch die Nase bis in die Kieferhöhle selbst vorgeschoben und deren Inhalt angesaugt werden, ich jedoch konnte das Spritzenmundstück in dem fast 2 cm langen Bohrkanal nur ca. 1/2 cm weit vorschieben und bei der Aspiration wurde also zunächst die aufgelockerte Schleimhaut in der Umgebung ventilartig in die antrale Mündung aspiriert und diese ganz verschlossen. Auf diese Weise zum Ziele zu kommen, erschien also unmöglich. Ich führte nun das endoskopische Rohr so weit ein, dass sein Lumen in einer Ebene mit dem Kieferhöhlenboden sich befand, wodurch die antrale Mündung klaffend erhalten wurde, und nun sah ich ein Stück der dem Rohrende gegenüberliegenden Kieferhöhlenwand, die gelblichrot und glatt erschien. Vom Fremdkörper war nichts zu sehen. Das Bild änderte sich aber sofort, als ich durch eine schmale Hajeksche Stirnhöhlenkanüle Wasser in die Kieferhöhle laufen und neben der Kanüle durch das endoskopische Rohr bei seitwärts geneigtem Kopfe zurücklaufen liess, denn nun konnte ich in dem Lumen des Rohres einen grauweissen faserigen Körper gewahren, der mit einem Ende in das Lumen quer hineinragte. Trotzdem war es mir nicht möglich, denselben zu fassen, da in das enge Lumen ein Instrument, an dem ich hätte vorbei sehen können, sich nicht einführen liess, der Fremdkörper aber den ohne Kontrolle der Augen eingeführten Häckchen und Zangen auswich. Ein 7 mm breites Rohr konnte durch den Alveolarkanal nicht mehr durchgeführt werden. Nun schien es mir geraten, auf Gomperz' Aspirationsverfahren zurückzugreifen. Ich führte ein luftdicht in das endoskopische Rohr passendes Drainrohr von ca. 1/2 m Länge ein, befestigte an das freie Ende die Mündung meiner Aspirationsspritze, fixierte Rohr und Drain und liess durch eine Assistentin den Spritzenkolben zurückziehen; beim zweiten Versuche bemerkte dieselbe einen Widerstand beim Rückziehen des Spritzenkolbens, das Drainrohr wurde durch den äusseren Luftdruck platt gedrückt; rasch entfernte ich nun Drain und Endoskopierohr, in dessen Lumen der Wattekonus sich fand, der mit Eiter bedeckt war und einen intensiven Fötor verbreitete. Jodoformgazetamponade der Höhle für einen Tag, dann intensive Spülungen beseitigten den Fötor sofort, die Sekretmenge ist in einer Woche wieder auf ein bis zwei kleine schleimige Flocken gesunken, die mich aber doch veranlassen, die Höhle noch offen zu halten.

Es sei mir nun gestattet, an der Hand dieses und der in der Literatur niedergelegten Fälle einige Bemerkungen 1. über Fremdkörper im Antrum Highmori, 2. über den Wert der Endoskopie der Kieferhöhle zu machen.

Es empfiehlt sich, die Fremdkörper des Antrum Highmori in zwei Gruppen einzuteilen und zwar:

1. harte; a) metallische, b) nicht metallische,
2. weiche.

Die erste Gruppe umfasst in der Abteilung a) Projektile, Messerklingen, abgebrochene Instrumente. Hierher gehören neben den schon von Killian[1]) zusammengestellten Fällen der älteren Literatur aus neuerer Zeit noch die Fälle von Aubaret[2]), Thorey[3]), Raymond und Hautefonne[4]), Léjars[5]), Gradenigo[6]), Flatau[7]) (im letzteren Falle handelte es sich um eine Sonde, die beim Sondieren des Tränennasenganges in die Kieferhöhle gelangt war). Diese Fremdkörper lassen sich auf röntgenographischem Wege nachweisen, sie lassen sich nicht zum Zweck der Extraktion verkleinern, doch ist ihre spontane Ausstossung durch Fistelbildung und Durchbruch durch eine der Knochenwände des Antrums möglich (Fälle von Eulenstein[8]) und Combes)[9]); ganz analog verhalten sich in die Kieferhöhle hineingelangte Zähne, Zahnwurzeln oder Zahnstümpfe, die, wie es durch die nahen Beziehungen zwischen Zähnen und Higmorshöhle leicht begreiflich ist, ab und zu in die Kieferhöhle gelangen (Sternfeld[10]), Rangé[9]), Fronstein)[9]).

Die Gruppe b) umfasst Holzstücke (Ignacio Plasencia, Moure, beide zit. bei Baratoux)[11]) Laminariastifte (Hajek, Baratoux)[11]), Mundstücke einer Tabakspfeife (Potts)[12]) u. a. Endlich gehören hierher die Drainrohre, die ein Hauptkontingent der in der Kieferhöhle vorgefundenen Fremdkörper stellen. Es sei hier nur auf die Fälle

---

1) Killian, Krankheiten der Kieferhöhle in Heymanns Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Bd. III. S. 1008.

2) Aubaret, 7. Internat. Otol. Kongress Bordeaux 1904. Ref. Internat. Zentralbl. für Ohrenheilkunde. Bd. 3. S. 54.

3) Thorey, Münchner med. Wochenschr. 1907. Nr. 49,

4) Raymond und Hautefonne, Société anatomique. Paris 8. XI. 1907.

5) Lejars, Société de Chirurgie 1904. Ref. Semons Zentralbl. 1905. S. 107.

6) Gradenigo, Giornale de R. Accademia de Medicina di Torino Februar-März 1903.

7) Flatau, Berliner laryngolog. Gesellschaft 19. Februar 1903. Ref. Semons Zentralbl. 1903 S. 608.

8) Eulenstein, Merkwürdiger Fall von einem Fremdkörper in der Kieferhöhle etc. etc. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde 1893. S. 187.

9) Combes, Rangé, Fronstein, Zit. bei Baratoux (11).

10) H. Sternfeld, Spontane Ausstossung einer Zahnwurzel aus der Kieferhöhle durch die Nase etc. etc. Archiv für Laryngologie. 18. Bd. S. 185.

11) Baratoux, Des corps étrangers du sinus maxillaire. Le Progrès médical. 6/4. 1895.

12) B. H. Potts, Foreign body in the maxillary antrum. The Laryngoskope. Dezember 1905.

von Killian[1]), O. Chiari[2]), Sargnon (l. c.), Hofmokl[3]), Weinlechner[4]), Polyak[5]) u. a. verwiesen.

Die zweite Abteilung umfasst zwar wenige Kategorien, aber eine sehr grosse Anzahl von Fällen, wobei man sicher sein kann, dass eine grosse Zahl von Fällen nicht veröffentlicht wurde. Meist handelt es sich hier um Verbandstoffe, also Watte oder Gazestreifen (Flatau[6]), Onodi[7]), Gomperz[8]), Baratoux, l. c.), in den selteneren Fällen, wie in dem von Schmidt um Fremdkörper, die beim Speisen in die Höhle eingedrungen sind. Diese Art von Fremdkörpern hat das Gemeinsame, dass sie sich aktinoskopisch nicht nachweisen lassen; sie erzeugen keinen Dekubitus, können also durch eine spontane Fistelbildung nicht eliminiert werden, lassen sich aber in ihrem Volumen sehr reduzieren und so durch relativ sehr kleine Öffnungen entfernen.

Als Kuriosum seien noch Askariden als Fremdkörper in der Kieferhöhle erwähnt, Fälle von Bordenave und Fortassin (zit. bei Eulenstein) und Hyrtl (zit. bei Baratoux).

Gerät ein Fremdkörper in eine vorher gesunde Kieferhöhle, so erregt er unbedingt eine Eiterung. Killian (l. c.) sagt zwar: „Wenn ein Fremdkörper ohne Verwundung in die Kieferhöhle gelangt, wie das ausser durch die natürlichen Mündungen, auch durch zufällig entstandene und längere Zeit bestehende alveoläre Öffnungen möglich ist, so richten sich die Folgeerscheinungen danach, ob derselbe reizende und infektiöse Eigenschaften besitzt oder nicht. Wenn solche fehlen, so reagiert die Antrumschleimhaut nicht weiter; man denke an unsere häufigen Probeausspülungen durch die Mündungen." In meinem Falle war der Wattetampon gerade der Sterilisationsbüchse entnommen, auch der Watteträger steril, trotzdem erfolgte Eiterung; übrigens ist mir aus der Literatur kein sicher beglaubigter Fall bekannt, wo die Eiterung ausgeblieben wäre. In dieser Hinsicht müssen die Angaben älterer Autoren sehr vorsichtig beurteilt werden, denn einer eiterigen Sekretion aus der Nase wurde früher eben keine Be-

---

1) G. Killian, Meine Erfahrungen über die Kieferhöhlen-Eiterung. Münch. med. Wochenschrift 1892. Nr. 4.

2) O. Chiari, Über die Erfolge der Behandlung des Empyema antri Highmori. Prager med. Wochenschr. 1892. S. 233.

3) Hofmokl, Hydrops antri Highmori. Wiener mediz. Presse 1874, Nr. 26.

4) Weinlechner, Wiener klin. Wochenschrift 1888. S. 198. Nr. 8.

5) Polyak, Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte. 29. Okt. 1903. Ref. Semons Zentralbl. 1904. S. 356.

6) Flatau, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1895. S. 66.

7) Onodi-Rosenberg, Behandlung der Krankheiten der Nase. 1906. S. 284.

8) B. Gomperz, Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Kieferhöhle. Arch. f. Laryngologie. Bd. 15. S. 348.

deutung beigelegt. So wird in dem Falle von König[1]) ausdrücklich gesagt, dass eine Messerspitze 42 Jahre in der Kieferhöhle verweilte und nur zeitweise Entleerung von Blut und Eiter bewirkte. Und wenn Pirogoff[2]) sagt: „Die Highmorshöhle zeichnet sich durch eine merkwürdig geringe Vulnerabilität aus; ich habe gesehen, dass von den Kranken die Kugeln samt dem Eiter und Blut ausgespuckt wurden", so ist wohl sicher, dass auch in diesen Fällen eine Eiterung bestanden hat. Die neueren Autoren Hajek und Chiari[3]) stehen auch auf dem Standpunkte, dass die Eiterung bei Vorhandensein eines Fremdkörpers unbedingt eintreten müsse. Chiari sagt: „Alle diese Fremdkörper erzeugen sehr übelriechende Absonderung und reichliches Wuchern von morschen Granulationen, aber auch von hypertrophischen Wülsten und Polypen."

Dagegen kann, wie auch Killian (l. c. 1) hervorhebt, der Beginn der Eiterung schleichend sein; in meinem Falle blieb sie zwei Tage aus, erst am dritten Tage begann die Sekretion. Bei Gomperz's Patientin dauerte es sogar 5 Tage, ehe die Fremdkörpereiterung begann.

Andere Folgeerscheinungen ausser der Eiterung sind recht selten notiert. Flatau bemerkte zwar dumpfen Kopfdruck, der aber erst eintrat, als der Fremdkörper, ein Jodoformgazestreifen bereits fünf Monate in der Kieferhöhle verweilt hatte. Ziem[4]) beobachtete an sich selbst abundanten Speichelfluss, Fieberanfälle, Milzschwellung, Appetit- und Schlaflosigkeit, Störung der Herztätigkeit etc. infolge eines Fremdkörpers (Stück eines scharfen Löffels) in der Kieferhöhle. — Auch meine Patientin befand sich, ohne über bestimmte Erscheinungen zu klagen, nicht wohl, was vielleicht auch auf die durch das Rezidiv der schon geheilten Eiterung bewirkte psychische Depression zurückzuführen ist.

Die Diagnose eines Fremdkörpers der Kieferhöhle unterliegt ja in Fällen, wo man selbst denselben in das Antrum eingebracht hat, keiner Erörterung; in anderen Fällen muss man immerhin an das Hineingelangen des Fremdkörpers in das Antrum denken, wenn ein Wattepfropf, ein Gazestreifen, ein Drainrohr, welches man in eine Fistelöffnung, die in das Antrum führt, eingebracht hat, plötzlich verloren erscheint, und darf sich nicht auf die Angaben des Kranken, „er habe das fragliche Stück wohl ausgespuckt oder verschluckt",

---

1) F. König, Lehrbuch der speziellen Chirurgie. I. T. Berlin 1885. S. 351.

2) Zit. nach Sternfeld (12).

3) O. Chiari, Die Krankheiten der Nase. 1907. S. 239.

4) Ziem, Über Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. Nr. 2. 1886.

verlassen; nimmt das Sekret an Menge zu, tritt trotz fleisiger Spülungen ein charakteristischer Fötor hinzu (bei meiner Patientin war dieser Fötor trotz täglich dreimaliger Spülungen schon auf Distanz wahrnehmbar), so gewinnt die Annahme eines Fremdkörpers sehr an Wahrscheinlichkeit. Bemerkt sei, dass auch in kariöse Zähne eingeführte Wattestückchen in die Kieferhöhle gelangen können, wenn die kariöse Höhle des Zahnes mit dieser kommuniziert. Ein charakteristischer Fall dieser Art wird von Baratoux (l. c.) beschrieben.

Bei metallischen Fremdkörpern gibt ja die Aktinoskopie entscheidenden Aufschluss und wurde dieselbe in einigen Fällen, die Burger[1]) zusammengestellt, mit Erfolg verwendet. Allerdings kann auch sie einmal versagen und berichtet Burger, dass Braden Kyle auf dem Röntgenogramme seines Kranken eine schwarze Linie in der Gegend des Antrums sah. Es war nicht möglich zu bestimmen, ob das für diesen Schatten verantwortliche Nadelfragment in der Höhle selbst oder in einer deren Wandungen sass; dasselbe eiterte später durch das Zahnfleisch spontan heraus.

Endlich käme für nicht metallische Fremdkörper die Untersuchung mittelst Endoskopie in Betracht und möchte ich bei dieser Gelegenheit dieser Untersuchungsmethode einige Worte widmen. Trotz des in meinem Falle unleugbaren Erfolges muss man ihren Wert nicht zu hoch anschlagen. Ich konnte mich überzeugen, dass man bei dem Verfahren, wie es Sargnon und ich anwendeten, nur ein ganz winziges Segment der Antrumwand überblicken kann, und die Ansicht Sargnons, dass man mittelst Endoskopie die Differentialdiagnose zwischen Empyem d. h. Eiterung der Kieferhöhle ohne Destruktion der Schleimhaut ihrer Wandungen und der mit Granulationen etc. einhergehenden Sinusitis machen könne, kann ich nicht teilen, da diese Granulationen etc. nicht die ganze Antrumschleimhaut zu befallen pflegen und es ganz dem Zufall anheimgegeben ist, ob die dem endoskopischen Rohre gegenüberliegende Stelle gerade erkrankt ist oder nicht. Allerdings liegen die Verhältnisse für eine Endoskopie durch eine Fistel in der Fossa canina, wie sie Sargnon im ersten Falle ausführte, viel günstiger; der knöcherne Kanal ist hier auf eine fast lineäre Zirkumferenz reduziert, das Endoskop wird also eigentlich nur an einem Punkte fixiert und kann um diesen als Achse Exkursionen, wenn auch nur in beschränktem Umfange, ausführen, während bei Untersuchung durch eine Alveolarfistel das Instrument in dem stets über 1 cm langen Bohrkanale festgeklemmt ist. Es hat

[1]) H. Burger, Was leisten die Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie. Wiesbaden 1908. S. 19.

also diese Methode eigentlich nur einen Wert bei Fremdkörpern, sei es, dass man wie Sargnon durch einen glücklichen Zufall das endoskopische Rohr direkt auf denselben einstellen kann, oder sich den Fremdkörper, wie ich es tat, durch einen feinen Flüssigkeitsstrahl, in den Bereich des Lumens des Tubus bringt.

Über die Endoskope von Hirschmann und Reichert, welche nach dem Prinzipe des Zystoskopes konstruiert sind, habe ich keine Erfahrung. Fraenkel[1]) meint, dass man sich mit dem Hirschmannschen Instrumente gut orientieren könne, hält aber antroskopische Operationen für unnütz; da man doch eine künstliche Öffnung herstellen müsse, sei es schon besser, eine grössere anzulegen und von aussen zu operieren. Auch Hajek (l. c. S. 134) hat auf ähnliche Weise wie Sargnon und ich Fremdkörper, Polypen und erhebliche Schleimhautverdickungen konstatieren können; die Instrumente von Hirschmann und Reichert erwähnt Hajek zwar, spricht sich aber über ihren diagnostischen Wert nicht aus.

Was die Prognose der Fremdkörper anbelangt, so unterhalten dieselben, wie erwähnt, eine mehr oder minder reichliche Eiterung und Fötor, solange sie sich im Antrum befinden, und ist jede Behandlung dieser Erscheinungen ohne Entfernung des Fremdkörpers unnütz.

Es handelt sich nun darum, ob ein Fremdkörper spontan durch die natürlichen oder künstlich angelegten Ostien oder durch eine durch ihn selbst gebildete Fistel die Kieferhöhle verlassen kann. Nach den in der Literatur niedergelegten Aufzeichnungen ist dies zu bejahen; in Onodis Falle ging ein 6 cm langer Gazestreifen durch die Nase spontan resp. bei Ausspülung ab; Eulenstein berichtet über spontane Ausstossung einer Troikartspitze durch die Nase, wahrscheinlich durch fistulösen Durchbruch der medialen Antrumwand. Im Falle Sternfelds wurde eine Zahnwurzel auf demselben Wege entleert, Rosenberg (Onodi-Rosenberg l. c.) förderte zweimal Kanülenstücke durch das Ostium maxillare zutage, ebenso entleerte sich in dem Falle von König eine Messerspitze nach 42 Jahren spontan durch die Nase. Ja, Pirogoff (zit. bei Sternfeld) gibt an, er habe kein einziges Mal Kugeln aus der Kieferhöhle operativ entfernt, sie seien stets spontan abgegangen. Eine Reihe analoger Fälle führt Killian (l. c.) an. Auch Wattestückchen gingen in zwei Fällen von Baratoux durch Injektionen durch die Nase ab.

[1]) B. Fraenkel, Berliner laryngologische Gesellsch. 13. III. 1903. Refer. Semons Zentralbl. 1903. S. 608.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aber musste der Fremdkörper operativ entfernt werden, und deshalb möchte ich weder empfehlen, sich auf eine spontane Ausstossung noch auf eine reaktionslose Einheilung zu verlassen. Kein Rhinologe wird heute einer Eiterung, die sich über Jahre, ja wie es bei König der Fall war, über Dezennien erstreckt, ruhig zusehen.

Wenn Flatau (l. c. S. 67) meint: „Man wird hiernach im ganzen ein energisches operatives Vorgehen bei Fremdkörpern in den Nebenhöhlen nicht für notwendig erachten können und um so mehr zum Zuwarten sich entschliessen können, wenn die Beschaffenheit des Fremdkörpers eine reaktionslose Einheilung wahrscheinlich macht", so kann ich nur dem ersten Teile dieses Satzes zustimmen; an eine reaktionslose Einheilung irgend eines Fremdkörpers in der Kieferhöhle glaube ich nicht, und auch Flataus Fall, auf welchen sich die oben wiedergegebene Ansicht gründet, erscheint mir nicht beweisend, da Flatau hier ausdrücklich von einer Infektion der vorher intakten vorderen und mittleren Siebbeinzellen spricht; woher wäre diese zustande gekommen, wenn der Fremdkörper wirklich reaktionslos eingeheilt wäre? Dagegen glaube ich in therapeutischer Hinsicht vor allem hervorheben zu müssen, dass man sich vor jedem übereilten Handeln, in der ersten Erregung insbesondere vor sofortigen energischeren operativen Eingriffen hüten müsse. Wie Gomperz und mein Fall zeigen, setzt die Eiterung nicht gleich ein; wenn man durch fleissige Spülungen durch die vorhandene alveoläre oder nasale Öffnung für Wegschaffung des Sekretes sorgt, kann man die Hauptbeschwerden des Kranken wohl einschränken und schwere Komplikationen sind wie bei den reinen Kieferhöhlenempyemen überhaupt so gut wie ausgeschlossen. Man kann also ruhig abwarten und alle gleich zu erörternden konservativen Methoden planmässig in Anwendung ziehen, bevor man sich zum radikalen operativen Vorgehen entschliesst.

Von diesen Methoden kommen vor allem forcierte Ausspülungen mit mehreren Litern einer schwachen Kaliumpermanganatlösung in Betracht. Man richte hierbei den Kopf des Patienten so, dass die künstliche Öffnung der Kieferhöhle den tiefsten Punkt bildet, damit der Flüssigkeitsstrom sich gegen diesen Punkt richte, und nehme möglichst dünne Kanülen, damit neben der Knnüle eventuell Raum zum Austritte des Fremdkörpers bleibe. Nasale oder supraalveoläre Öffnungen können vorher etwas erweitert werden.

Die Aspirationsmethode ist bis jetzt nur von Gomperz (l. c.) und von mir angewendet worden. Gomperz gelang es, durch eine nasale (künstliche) Öffnung einen ebenfalls beim Kokainisieren verloren gegangenen Wattebausch durch Aspiration mittelst einer Wundspritze

zu entfernen; ob in seinem, sowie in meinem Falle nicht ein glücklicher Zufall obwaltete, will ich nicht entscheiden und ebensowenig aus diesen zwei Fällen bezüglich der Brauchbarkeit der Methode Schlussfolgerungen ziehen; jedenfalls soll sie, da sie ja gänzlich harmlos ist, im gegebenen Falle versucht werden, wobei es sich unter Umständen nützlich erweisen könnte, das Antrum Highmori vom Ostium maxillare aus mit Wasser zu füllen und dieses eventuell von einer zweiten künstlichen Öffnung aus zu aspirieren.

Zur instrumentellen Entfernung von Fremdkörpern können die verschiedensten Instrumente Verwendung finden. Vor allem spitze Häkchen; sie können nur bei Verbandstoffen, Holzstückchen, Drainrohren angewendet werden.

Hajek sagt: „Wenn der Fremdkörper über der inneren Mündung zu sehen oder zu fühlen ist, so hängt es des weiteren von Form und Konsistenz des Fremdkörpers ab, wie er herausbefördert werden soll. Bei Watte- und Gazebäuschchen ist es wohl das einfachste, sich mittelst eines starren, hakenförmig abgebogenen Sondenendes in das faserige Gewebe einzuhaken und durch allmählichen Zug einen Zipfel durch die Alveolaröffnung herauszubefördern, wodurch dann der ganze Fremdkörper mitgezogen wird.“ Mittelst Häkchens haben Sargnon und Polyak ihre Fremdkörper (Drainrohre) herausbefördert. Chiari (l. c.) gelang es, ein Drainrohrstück mit einer Schrötterschen Kehlkopfzange zu entfernen und er empfiehlt dieses Instrument in seinem Lehrbuche (l. c. 26). Für metallische Fremdkörper ist dies auch die einzige Möglichkeit. Wichtig ist es auch hiebei, durch verschiedene Lagerung und Drehung des Kopfes den Fremdkörper in eine zur Extraktion günstige Lage zu bringen. Im allgemeinen arbeitet es sich am besten durch eine Öffnung in der Fossa canina, weniger gut durch eine nasale Öffnung (obwohl es mir auch auf diesem Wege schon einmal gelungen ist, ein Jodoformgazestückchen gleich nach dem Hineingleiten zu extrahieren), am schlechtesten durch die enge Alveolarfistel.

Mittelst einer neben dem Fremdkörper vorbeigeführten Drahtschlinge, die beim Zurückziehen den Fremdkörper, ein Kanülenstück, das im Alveolorkanal stecken geblieben war, herausschleuderte, gelang es Ziem[1]) in zwei Fällen, den Fremdkörper zu entfernen. Ganz erfolglos blieb bis jetzt der in der Augenheilkunde vielfach verwendete Elektromagnet (Ziem l. c.).

Die Eröffnung der Fossa canina, die in einer grossen Anzahl von Fällen vorgenommen worden ist, ist ja eine technisch vollkommen sichere und leichte Operation, soll aber wie schon erwähnt, das

---

[1]) Ziem, Extraktion einer abgebrochenen Irrigatorkanüle aus der Kieferhöhle. Berliner klinische Wochenschrift. 1891. Nr. 17.

Ultimum refugium bleiben. Auch bei kleiner Öffnung ist eine mehrtägige Schwellung der Wange, leichtes Ödem des unteren Augenlides und Schmerz die fast unausbleibliche Folge, auch ist bei halbwegs empfindlichen Patienten die Narkose kaum zu umgehen, deshalb sollen alle konservativen Methoden der Fremdkörperentfernung erst versucht werden, bevor man sich dazu entschliesst. Allerdings viel leichter wird man sich entschliessen, wenn auch vor Eindringen des Fremdkörpers die Eiterung eine solche war, dass die Chancen für die Ausheilung der Kieferhöhle durch die sogenannten konservativen Methoden gering erscheinen mussten; dann wird man ohne lange zu zögern an die Entfernung des Fremdkörpers durch Aufmeisselung der Fossa canina eine der radikalen Methoden (Luc-Caldwell, Denker etc.) anschliessen.

Bemerkt sei noch, dass die Auffindung des Fremdkörpers, wenn man von dem Vorhandensein eines solchen nicht bestimmte Kenntnis hat und die ganze Highmorshöhle systematisch nach ihm absucht, nicht so sicher ist, wie es den Anschein hat. So fand Killian ein Drainrohr erst drei Wochen nach ausgeführter Radikaloperation, dasselbe hatte sich bogenförmig über der Operationsöffnung der vorderen Antrumwand von innen angelagert und gerade diese Wand hatte Killian bei der Operation abzusuchen vergessen. Bei einer Patientin von Baratoux wurde von einer nach aussen führenden Fistel der fazialen Wand aus, seitens eines Chirurgen fünfmal die Fossa canina eröffnet, bis Baratoux als Ursache der Eiterung einen in die Kieferhöhle gelangten Laminariastift feststellte und extrahierte.

Besonders sind in Nischen festgeklemmte und mit Granulationen bedeckte Fremdkörper nicht leicht zu finden.

Prophylaktisch empfehle ich grosse Vorsicht bei Einführung von Wattebauschen und Gazestreifen in die Highmorshöhle, und ich pflege jetzt jeden Wattetupfer, den ich in die Kieferhöhle einführe, noch extra durch eine Fadenschlinge zu sichern, damit er, wenn er schon vom Watteträger abgleiten sollte, leicht erreichbar bleibe.

Die Drainrohrbehandlung der Kieferhöhle wird ja heutzutage seltener geübt, immerhin empfiehlt es sich, ein in die Kieferhöhle eingeführtes Drain mittelst ein bis zwei Nähten an die Schleimhaut in der Umrandung der Öffnung zu fixieren.

Bei Tamponaden der Höhle soll selbe vollständig ausgefüllt werden und noch ein nicht zu kurzes Stückchen des Tampons aus der Öffnung herausragen.

Aus dem Friedrich-Wilhelms-Hospitale und den Siechenanstalten der Stadt Berlin.

Beobachtungen an Gaumen, Rachen und Kehlkopf bei zerebralen Hemiplegien.

Von

Sanitätsrat Dr. Graeffner,
leitendem Arzte.

Was man über die Einwirkung zerebraler Blutungen auf die kinetischen Verhältnisse von Gaumen, Rachen und Kehlkopf in den Lehrbüchern der Laryngologie und Neurologie liest, beschränkt sich auf kurze, meist etwas allgemein gehaltene Bemerkungen. Sogar an kleinen Gegensätzlichkeiten fehlt es nicht zwischen den wenigen Autoren, welche die Frage gestreift haben.

Eine Erklärung für das Bestehen dieser Lücke, zumal in unseren klinischen Kenntnissen, glaube ich darin finden zu sollen, dass die bisherigen laryngologischen Untersucher durch eine gewisse einförmige Negativität der Ergebnisse, welche trotz aller theoretischen Raisonnements ihnen entgegensprang, sich abschrecken liessen. Muss ich mich doch selbst dazu bekennen, dass ich zweimal einen Anlauf zu umfänglicheren Ermittlungen genommen und mich von anderen Studien, welche schneller eine lohnende Lösung verhiessen, gern abziehen liess. Man bedenke ausserdem, dass das hier in Betracht kommende Material oft ein recht sprödes ist, dass man bei den Hemiplegikern vielfach Apraxie, Dyspraxie, Worttaubheit und Demenzzustände antrifft und gegen den bei Annäherung des Spatels fest sich schliessenden Mund aus Humanität nicht mit Dilatationsinstrumenten angehen mag.

Indessen auf die Dauer wollte ich mich der Aufgabe doch nicht entziehen, welche mir mein aussergewöhnlich grosses Material zur Pflicht zu machen schien. Ich trat an sie heran mit der Erwartung, über meine Resultate in wenigen Zeilen blos Negatives berichten zu müssen. Aber wie es im Laufe grösserer Untersuchungsreihen fast stets geschieht, so auch hier. Nicht bloss hoben sich aus der Monotomie ganzer Serien einzelne Fälle ab, welche hohes Interesse darboten und zu Vergleichen mit genauer studierten Funktionsstörungen bei anderen Affektionen des Zentralnervensystems einluden. Es war auch zu bemerken, wie der Beobachtungssinn im Laufe der Untersuchung sich für das enge Gebiet schärfte, dass sich hier und da eine Art pathologischen Typs offenbarte, wo man sonst bei flüchtiger Beobachtung alles in schönster Ordnung wähnte.

Natürlich war von Anbeginn das Hauptaugenmerk auf die Stimmbandfunktion gerichtet. Hierbei hatte ich in der ersten Zeit, noch ehe ich mit Aufzeichnungen anfing, fast ausschliesslich normale Verhältnisse wahrgenommen oder Internusstörungen, sichtlich banaler Natur, besonders bei Arbeitern, welche im Berufe mit Staub zu kämpfen hatten und sich selbst vom Abusus spirituosorum et nicotianae nicht freisprachen. Da — in der dritten Zehnerfolge plötzlich eine ausgesprochene Rekurrenslähmung und zwar auf der der Hemiplegie entgegengesetzten Seite! Darauf erneute Anamnesenaufnahme in Gestalt scharfer Befragung, ob nicht im Laufe der Jahre auch ein die andere Seite vorübergehend immobilisierender Schlaganfall aufgetreten sei, endlich der Appell an Babinski, Oppenheim, Strümpell, Kurt Mendel. Alles vergeblich! — Später präsentierte sich neben einigen ähnlichen Fällen auch eine Reihe homolateraler, wie auch doppelseitiger Störungen teils ausgesprochen, teils nur angedeutet. Die Frage des Tremors rollte sich auf und erforderte die Unterscheidung in genuine und psychisch beeinflusste Formen, überhaupt verschiedenes nicht alltägliches, wovon im speziellen Abschnitte die Rede sein wird. Ebenfalls eine Fülle von Rätseln, deren Lösung klinisch vorläufig kaum angestrebt werden kann, ergab sich durch die Erscheinungen an den Gaumen- und Rachengebilden. Hier muss wohl das weitere dem Tierexperiment und der subtilsten histologischen Untersuchung vorbehalten bleiben. Ich meine, dass uns da die Arbeiten von Semon und Horsley, Broeckaert, Krause, Onodi, F. Klemperer, J. Katzenstein, Masini u. a. den Weg angedeutet haben.

Auch auf dem heiklen Gebiet der Reflexe gab es manche Überraschung in Gestalt von Wandlungen der Intensität bei demselben Individuum. Jedoch schien mir da eine gewisse Abhängigkeit von

Tageszeit, vorheriger Mahlzeiteinnahme, Temperatur des Sondenknopfes und mehr oder minder sanftem Vorgehen bei der Einführung nachweisbar. Im allgemeinen aber ergab sich die Tendenz zur Verringerung oder völligen Aufhebung der Reflexe.

All diese Tatsachen werden in grösserer Übersichtlichkeit durch die nachfolgende Tabelle illustriert. Dieselbe umfasst 200 Fälle — ich habe mit dieser Ziffer lediglich der erleichterten prozentuarischen Berechnung wegen abgeschlossen —, welche sich auf 105 M. und 95 W. resp. auf 102 rechtsseitige, 95 linksseitige und 3 doppelseitige Lähmungen beziehen.

Erklärung der Abkürzungen:

- I.-P. Internus-Parese.
- Tr. Transversus.
- $+$ normal.
- $>$ gesteigert.
- $<$ herabgesetzt.
- 0 aufgehoben.
- — — Untersuchung unterblieben.
- $\triangle$ Tetznersches Zelt.
- v. variabel.

Aus der Tabelle geht hervor, dass der Larynx 104mal (= 52%) normal geblieben ist. 78 mal (= 39%) lagen Schliesserstörungen vor. Unter den hierher gehörigen Kranken zeigten nur 3 (Fall 78, 81, 120) solche Eigenart resp. Intensität des Lähmungszustandes, dass deren vorläufige Ausscheidung aus der Reihe der banalen Fälle und Rückstellung zu weiterer Beobachtung gerechtfertigt erschien. Am häufigsten war der spindelförmige Spalt der beiderseitigen Internusparese zu sehen, manchmal in Verbindung mit dem der Transversusparese entsprechenden Dreieck, gelegentlich auch eine an Hysterie mahnende Adduktionsschwäche. Erhebliche Stimmbeeinträchtigung bestand niemals.

Lähmungen, an denen die Glottis-Erweiterer beteiligt waren, wurden 14 mal konstatiert, darunter 4 mal hochgradige. Und zwar handelte es sich um den linken Postikus 1 mal (170), um beide Postici 4 mal (6, 83, 192, 198), um den linken Recurrens 6 mal (17, 20, 96, 97, 176, 190) und um beide Recurrentes 3 mal (31, 93, 175). Auffallend ist bei der kleinen Serie von unilateralen Fällen das ausschliessliche Befallensein der linken Seite. In 5—6 Fällen waren mehrere Insulte vorausgegangen. Jedoch jene imposante Lähmungsziffer (7%) werden wir, soweit es sich um bemerkenswerte Fälle handelt, alsbald gewaltig zusammenschrumpfen sehen.

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex Gaumen	Reflex Rachen	Reflex Kehlkopf	Bemerkungen
1	W. B.	1	—	65	r.	VI. 09	L. P. l.	+	<	<	<	
2	A. S.	1	—	69	l.	1899	+	+	<	0	<	
3	E. H.	1	—	61	r.	1893	+	nach r., r. Hälfte hängt	+	+	+	Diabet. mellit.
4	W. R.	—	1	78	l.	IX. 08	Bds. unvollk. Add.	nach l.	+	[illegible]	+	
5	A. R.	1	—	52	l.	1887	L.-P. r.	nach r., r. Hälf. bleibt zurück	0	0	0	
6	C. H.	1	—	64	l.	81 93	Bds. unvollk. Abd.	v r. Hälfte bleibt zurück	<	<	<	
7	G. H.	1	—	54	l.	VII. 05	Bds. L.-P.	nach r.	0	0	0	
8	R. S.	1	—	45	l.	X. 08	+	nach l.	<	<	<	
9	H. R.	1	—	53	r.	1900	Bds. L.-P.	nach l.	0	0	0	
10	O. N.	1	—	47	l.	V. 09	+	nach l.	<	<	<	
11	C. G.	1	—	69	l.	1906	+	nach l.	0	0	0	
12	E. M.	1	—	69	l.	1894	+	nach l.	<	<	<	
13	J. H.	—	1	58	r.	1897	+	+ △	<	<	<	
14	O. K.	1	—	40	r.	1900	+	+	<	<	<	
15	J. K.	1	—	54	l.	1903	Bds. Add.-Schwäche	v	0	0	<	
16	T. J.	1	—	70	r.	IX. 07	+	nach r.	+	+	+	
17	A. K.	1	—	56	r.	III. 08	L. Rekurr.-P.	nach l., △ l. Hälfte niedriger	0	0	0	
18	F. S.	1	—	47	r.	1907 1908	+	+	+	<	+	
19	H. W.	1	—	74	r.	1907 1909	+	nach r., r. Hälfte niedriger	+	+	+	
20	J. G.	1	—	70	r.	1907 ?	L. Rekurr.-P.	+	0	0	<	
21	L. S.	1	—	57	l.	III. 09	+	nach l. △	0	0	—	
22	F. R.	1	—	66	r.	1908	+	+	<	<	<	
23	C. v. M.	1	—	69	l.	XII. 08	+	+ r. Hälfte niedriger	0	0	0	
24	H. N.	1	—	69	r.	1908	+	nach r.	<	<	<	
25	F. G.	1	—	80	l.	1894	Bds. L.-P.	nach l., l. Hälfte bleibt zurück	0	0	<	
26	F. S.	1	—	57	r.	1904	Bds. L.-P.	nach r.	0	0	+	
27	M. K.	—	1	67	l.	1898	Bds. L.-P.	nach l.	0	0	0	
28	L. N.	—	1	49	l.	1892	Bds. L.-P.	nach r., r. Hälfte niedriger	0	0	0	
29	L. R.	—	1	59	r.	1906	+	nach r.	<	<	<	
30	A. S.	—	1	48	l.	VI. 09	Bds. L.-P., Ataxie	—	+	+	+	Luet. Narbenzüge im Velum.

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex Gaumen	Reflex Rachen	Reflex Kehlkopf	Bemerkungen
31	A. B.	—	1	48	l.	1908 1909	L. Rekurr.-, R. I.-P.	+	0	0	+	
32	F. H.	1	—	75	r.	?	Bds. leichte I.-P.	nach r., l. Hälfte niedriger	0	0	0	
33	F. L.	1	—	67	l.	1888	do.	+	<	0	<	
34	E. R.	1	—	59	l.	1905	L. I.-P.	nach l., l. Hälfte niedriger	0	0	<	Multiple symm. Lipome.
35	L. K.	1	—	51	r.	1907	+	nach l.	0	0	<	Gegeneinanderstreben d. Seitenwände.
36	J. R.	1	—	68	l.	1904	R. Stimmband ataktisch	nach l. △	0	0	0	
37	L. H.	1	—	64	r.	1902	+	—	<	<	+	Luet. Narbenzüge in den Gaumenbögen.
38	J. G.	1	—	62	l.	IX. 08	Bds. I.-P.	+	0	0	<	
39	W. R.	1	—	63	l.	X. 07	+	nach l.	0	0	0	
40	C. H.	1	—	63	r.	1898	+	nach r.	<	0	<	
41	G. A.	1	—	57	r.	?	+	+	+	<	+	
42	A. P.	1	—	71	r.	?	+	—	0	0	<	Narbenstränge in den Gaumenbögen.
43	C. T.	1	—	60	l.	1907	R. I.-P.	+	+	+	+	
44	J. G.	1	—	70	l.	1899	+	nach l.	0	0	0	
45	H. G.	1	—	70	l.	1894	Bds. I.- u. Tr.-P.	nach l., l. Hälfte niedriger	0	0	+	
46	H. G.	1	—	42	r.	1904	+	+	+	+	>	
47	A. H.	—	1	63	r.	1893	Bds. I.-P.	—	0	0	0	Narbenstränge in den Gaumenbögen.
48	W. F.	1	—	55	l.	1904 1907	do.	nach l.	0	0	0	
49	F. W.	1	—	79	l.	1906	+	—	0	0	0	Verwachsung der Gaumenbög. m. der hint. Rachenwand.
50	G. R.	1	—	70	l.	1906	+	—	<	<	+	Narbenzüge im Velum.
51	E. H.	1	—	59	l.	1908	+	nach l.	0	0	0	
52	H. S.	1	—	68	l.	1906	+	—	+	+	+	Durch Lues zerstörte Gaumenbögen.
53	H. V.	1	—	54	l.	1907	+	+ r. Hälfte niedriger	0	0	0	
54	L. S.	1	—	74	l.	1902	+	v	0	0	<	

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex Gaumen	Reflex Rachen	Reflex Kehlkopf	Bemerkungen
55	A. S.	1	—	71	l.	1886	Bds. I.-P.	+ l. Hälfte niedriger	0	0	0	
56	F. S.	1	—	79	l.	1901	+	+	<	<	<	
57	A. H.	1	—	49	r.	IV. 09	Bds. I.-P.	nach l., r. Hälfte niedriger	0	0	<	
58	J. M.	1	—	54	r.	1907	+	nach r.	<	<	<	
59	E. K.	1	—	70	l.	1906	+	nach r. △	0	0	0	
60	H. W.	1	—	70	l.	VIII. 08	+	—	<	<	<	Narbenzüge im Velum.
61	A. M.	1	—	57	r.	1907	+	v	<	<	<	
62	F. S.	1	—	53	r.	1905	+	nach r.	+	<	<	
63	R. G.	—	1	74	r.	1907	+	+	0	0	0	
64	O. K.	1	—	59	l.	1908	+	nach r.	<	<	<	
65	E. W.	1	—	61	r.	?	+	+	0	0	+	
66	J. A.	1	—	23	l.	I. 08 VI. 08	+	+	0	0	0	
67	C. S.	1	—	28	l.	1902	+	+	+	<	+	Posttraumatisch.
68	F. D.	1	—	69	r.	1901	L. I.-P.	+	0	0	+	
69	J. S.	—	1	72	r.	1899	Bds. I.- u. Tr.-P.	v	>	>	0	
70	H. O.	—	1	63	l.	1908	+	—	+	+	0	Narbenzüge im Velum.
71	J. S.	1	—	74	l.	IX. 07	+	nach l.	0	0	0	
72	F. H.	1	—	52	r.	1904	Bds. I.- u. Tr.-P.	nach r.	0	0	0	
73	W. B.	1	—	68	r.	1906	Bds. I.-P.	+	<	<	<	
74	H. M.	1	—	72	l.	1884	Bds. I.-P.	+	0	0	0	
75	E. B.	1	—	68	r.	1903 1906 1907	+	+	0	0	0	
76	A. S.	1	—	56	l.	1907	+	+	0	0	0	
77	M. K.	1	—	46	r.	XII. 08	Bds. I.-P.	nach r.	—	—	—	
78	G. Z.	1	—	68	l.	V. 09	Bds. I.-P. hochgradig	+	—	—	—	
79	F. S.	1	—	65	r.	1904	Bds. I.-P.	nach r.	0	0	0	
80	R. L.	—	1	58	r.	1907	+	v r. Hälfte niedriger	—	—	—	
81	H. L.	—	1	65	r.	1908	Bds. I.-P.	—	<	<	<	Narbenzüge im hint. Gaumenbogen.
82	A. L.	—	1	79	l.	1904 1905	+	nach r. △	0	0	0	
83	F. M.	1	—	60	l.	1903 1904	Bds. Post.-P.	nach l.	0	0	0	Tab. dors.
84	R. R.	1	—	59	r.	1905	Bds. I.-P.	v	0	0	0	

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex Gaumen	Reflex Rachen	Reflex Kehlkopf	Bemerkungen
85	E. S.	—	1	66	r.	1901	Bds. I.-P.	nach r., r. Hälfte niedriger	<	<	<	
86	A. R.	—	1	78	l.	XII. 08	do.	+	<	0	<	
87	E. A.	—	1	78	l.	1887	do.	nach l.	0	0	0	
88	E. P.	—	1	64	r.	1905	do.	nach l.	0	0	0	
89	B. C.	—	1	59	r.	1902	+	+	<	<	<	
90	C. D.	—	1	72	l.	1899 und 3 spätere Insulte	+	nach l., l. Hälfte niedriger	0	0	<	Schlingstörung.
91	C. S.	—	1	69	r.	1902	Bds. I.-P.	v	<	<	<	
92	A. H.	—	1	66	l.	1906	+	v r. Hälfte niedriger	<	<	+	
93	M. K.	—	1	49	l.	1906	Bds. Rekurr.-P.	nach l.	0	0	0	Tab. dors.
94	O. M.	—	1	59	l.	1899	Bds. I.-P.	nach r.,	0	0	0	
95	L. K.	—	1	61	r.	IV. 06	do.	Stillstand	0	0	0	
96	A. W.	—	1	59	l.	1906	L. Rekurr.-, R. I.-P.	nach r.	0	0	0	
97	E. S.	—	1	60	l.	VII. 08	L. Rekurr.-P.	nach r. △	0	0	0	
98	M. T.	—	1	58	r.	II. 09	Bds. I.-P.	nach r.	<	<	<	
99	E. R.	—	1	56	r.	?	do.	nach r. △	0	0	0	
100	V. M.	—	1	50	l.	1906	+	v l. Hälfte niedriger	0	0	<	
101	A. S.	—	1	73	r.	1903	Bds. I.-P.	nach l.	<	<	+	
102	A. S.	—	1	62	r.	1906	do.	+	—	—	—	
103	C. M.	—	1	74	l.	III. 09	+	+ l. Hälfte niedriger	0	0	0	
104	B. K.	—	1	61	r.	1903	+	+	0	0	0	
105	W. K.	—	1	81	r.	1905	Bds. I.-P.	+	<	<	<	
106	A. M.	—	1	62	r.	III. 09	+	nach l.	<	<	<	
107	O. M.	1	—	65	r.	1906	Bds. I.-P.	v	>	>	>	
108	B. A.	—	1	51	r.	1906	Ataxie	sehr kurz △	0	0	0	
109	L. S.	—	1	58	r.	1906	+	+	0	0	0	Gegeneinanderstreben der Seitenwände.
110	A. R.	—	1	65	r.	1907	+	nach l.	0	0	0	
111	H. J.	—	1	71	r.	1899	+	+ r. Hälfte niedriger	<	<	<	
112	M. E.	—	1	47	l.	1907	Unvollk. Adduk.	nach r. l. Hälfte niedriger	<	<	<	
113	A. G.	—	1	62	r.	?	+	nach l.	<	<	+	
114	O. F.	—	1	82	l.	1907	Bds. I.-P.	nach l. △	>	>	>	
115	P. R.	—	1	81	r.	1903	+	nach l. △	<	<	<	

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex Gaumen	Reflex Rachen	Reflex Kehlkopf	Bemerkungen
116	M. S.	—	1	67	r.	II. 09	Stimmband-tremor	nach l.	0	0	0	
117	H. H.	—	1	71	r.	III. 09	+	nach r. △	+	+	+	
118	M. R.	—	1	76	r.	1900	Bds. I.-P.	+	+	+	<	
119	L. P.	—	1	67	r.	XII. 08	+	+ r. Hälfte niedriger	0	0	<	
120	E. H.	—	1	63	r.	1904	Bds. I.-P.	+	0	0	<	
121	J. R.	—	1	64	r.	1907	do.	+	0	0	0	
122	A. H.	—	1	79	l.	1908	+	v	0	0	0	
123	C. D.	1	—	66	l.	?	Bds. I.-P.	nach l.	+	+	+	
124	O. M.	1	—	59	l.	1908	do.	nach l.	0	0	0	
125	R. B.	1	—	72	r.	?	do.	v l. Hälfte niedriger	0	0	<	
126	J. B.	1	—	64	r.	1906	R. I.-P.	nach l.	<	<	<	
127	R. H.	1	—	78	l.	1906	+	nach r.	0	0	+	
128	B. B.	—	1	70	l.	1907	+	nach r. △	0	0	+	
129	R. B.	—	1	74	r,	1908	+	nach r. l. Hälfte niedriger	<	<	<	
130	H. B.	—	1	60	r.	X. 08	+	nach r. r. Hälfte niedriger	0	0	0	
131	H. K.	—	1	64	l.	II. 09	+	v r. Hälfte niedriger	<	<	<	
132	W. S.	—	1	82	l.	1905	+	nach r., r. Hälfte niedriger	0	0	<	
133	M. B.	—	1	78	r.	VI. 08	+	+	0	0	+	
134	B. K.	—	1	56	r.	I. 09	+	v r. Hälfte niedriger	0	0	0	
135	E. S.	—	1	79	l.	XII. 08	Bds. I.- u. Tr.-P.	nach l. △	+	+	>	
136	T. S.	—	1	67	l.	III. 09	+	nach r. r. Hälfte niedriger	0	0	0	
137	H. E.	1	—	62	l.	1898	+	+	0	0	0	
138	F. S.	1	—	76	l.	1906	Bds. I.-P. Tremor	v	<	<	+	
139	B. S.	—	1	73	r.	1905 1907	+	nach r. △	<	<	<	
140	L. W.	—	1	78	l.	1908	+	nach r. r. Hälfte niedriger	<	<	<	
141	P. H.	1	—	53	l.	1896	+	v	<	<	<	
142	W. K.	1	—	87	r.	1875	Bds. I.-P.	+	0	0	<	
143	C. Z.	1	—	68	l.	1906	do.	+	0	0	0	

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex			Bemerkungen
									Gaumen	Rachen	Kehlkopf	
144	L. K.	—	1	78	l.	1906	Bds. I.-P.	nach r.	<	<	<	
145	W. V.	1	—	73	r.	1904	do.	nach r. r. Hälfte niedriger	0	0	<	
146	G. D.	1	—	64	r.	1907	+	v r. Hälfte niedriger	0	0	0	
147	C. B.	1	—	71	l.	?	Bds. I.-P.	+	0	0	<	
148	E. G.	—	1	71	r.	1908	+	+	<	<	<	
149	E. D.	—	1	59	r.	VI. 09	Bds. I.-P.	nach r. r. Hälfte niedriger	0	0	0	
150	J. K.	1	—	82	r.	1875	+	—	<	<	<	Luet. Defekt des weich. Gaumens. Uvula fehlt.
151	A. E.	1	—	83	l.	3 mal bis 1901	+	+	>	>	>	
152	J. E.	—	1	45	r.	1907	+	nach r. r. trägere Hebung	—	—	—	
153	E. S.	—	1	63	r.	VII. 09	Bds. I.-P.	nach r. r. Hälfte niedriger	—	—	—	
154	H. B.	—	1	69	r.	VIII. 09	+	nach l. l. Hälfte niedriger	>	>	>	
155	H. S.	1	—	57	r. l.	1905 1907	+	+	—	—	—	
156	H. H.	1	—	65	r.	1905	+	+	<	<	<	
157	A. S.	1	—	75	l.	1885 1889 1890	+	+	0	0	<	
158	B. W.	—	1	79	l.	?	Bds. I.-P.	nach r.	<	<	<	
159	M. F.	—	1	52	r.	XI. 08	+	nach r. r. Hälfte niedriger	0	0	0	
160	L. K.	—	1	65	l.	1905 u. mehrere Rezidive	Aryknpl.-Klonus	Uvula-Klonus	<	<	<	
161	D. L.	—	1	82	r.	?	R. Add. behindert	+	<	<	<	
162	A. T.	—	1	68	l.	?	+	nach l. △	0	0	0	
163	H. M.	1	—	73	l.	1906	Bds. I.-P.	+	0	0	<	
164	W. S.	1	—	64	l.	1908	+	nach r.	<	<	<	
165	L. T.	—	1	85	l.	1908	Ger. Add.-Stör.	nach r. △	+	+	+	
166	B. K.	—	1	64	l.	V. 09	+	+	>	>	>	Gegeneinanderstreben der Seitenwände.
167	A. S.	—	1	73	l.	1904	Ger. Add.-Stör.	+	>	>	>	
168	E. B.	—	1	84	r.	1907	do.	—	>	>	>	Luet. Verwachsungen.

Nr.	Name	M.	W.	Alter	Seite	Zeit der Apoplexie	Larynx	Uvula Gaumen	Reflex Gaumen	Reflex Rachen	Reflex Kehlkopf	Bemerkungen
169	F. H.	—	1	78	l.	1887	Ger. Add.-Stör.	+	<	<	<	
170	H. S.	1	—	73	l.	IX. 09	L. Post.-P.	—	0	0	+	Narbenzüge im Velum.
171	C. L.	1	—	65	l.	1884	Bds. I.-P.	nach l.	0	0	0	
172	S. W.	—	1	71	r.	1907	Tremor. L. I.-P.	+	0	0	<	
173	A. K.	—	1	59	l.	IV. 09	+	—	+	+	+	Narben im Velum.
174	W. B.	1	—	65	r.	VII. 09	+	+	+	+	+	
175	C. Z.	1	—	81	l.	XI. 99	Bds. Rekurr.-P.	+	0	0	0	
176	C. L.	—	1	62	r.	1905	L. Rekurr.-P. R. Add. mangelhaft	+	<	<	<	
177	A. R.	—	1	79	r.	1907	+	+	<	0	<	
178	W. P.	1	—	57	r.	1899	+	nach r.	<	<	<	
179	G. R.	1	—	72	r.	1904	Bds. I.-P.	+	+	<	<	
180	C. G.	—	1	90	r.	1905	+	+	<	0	0	Gegeneinanderstreben der Seitenwände.
181	A. S.	1	—	68	r. u. l.	? 1900	+	nach r.	<	<	<	
182	P. B.	1	—	58	r.	IX. 09	Ger. Add.-Stör.	nach l. △	<	<	+	
183	L. S.	—	1	80	r.	1905	L. I.-P.	+	0	0	0	
184	P. S.	—	1	65	l.	1903	+	+	<	<	<	
185	B. P.	—	1	51	r.	IX. 09	+	+	0	0	0	
186	T. K.	—	1	43	r.	IX. 09	+	+	0	<	+	
187	L. K.	—	1	85	r.	IX. 09	R. I.-P.	nach r. l. Hälfte niedriger	0	0	0	
188	M. S.	—	1	78	l.	1907	Bds. gestörte Add.	+	0	+	+	
189	F. K.	1	—	69	r.	1904	Bds. I.-P.	+	>	>	>	Tab. dors.
190	M. J.	—	1	69	r.	1906	L. Rekurr.-P.	+ r. träge Hebung	>	>	>	
191	H. H.	1	—	62	r.	1894 1904	+	nach r.	0	0	0	
192	E. L.	—	1	65	r.	1906 1906 1906	Bds. Post.-P Tremor bes. l.	+	>	>	>	Uvula pulsiert.
193	W. K.	—	1	71	r.	1900	+	+	+	+	+	Diab. mell.
194	J. O.	1	—	52	r.	?	+	+	+	+	+	
195	O. N.	1	—	70	l.	1900	Bds. I.-P.	nach r. △	<	<	+	
196	M. K.	—	1	63	r.	1896	+	—	+	+	>[1])	Luet. Narben.
197	A. B.	1	—	80	l.	1906	+	+	<	<	<	
198	F. L.	1	—	70	r. u. l.	1904	Bds. Tremor u. zögernde Abd.	nach r. △	+	<	+	
199	O. H.	1	—	69	l.	1906	+	—	>	>	>	Luet. Narben.
200	R. A.	—	1	74	l.	IX. 09	Bds. I.-P.	nach r. △	+	+	+	

[1]) Beim Auslösen des Kehlkopfreflexes ein krisenähnlicher Anfall.

Zunächst möchte ich darauf zurückkommen, dass Körner (Zeitschr. für Ohrenheilk. 56. Bd. IV. 1908) und Sebba (Inaug.-Diss. Rostock 1908) die grössere Vulnerabilität des linken Recurrens unter Bezugnahme auch auf meine laryngoskopischen Untersuchungen an 221 Tabikern (M. m. W. 1907, Nr. 36) betont haben. Sie gehen ebenso, wie Arnold Cahn, von der Auffassung aus, dass „die tabische Kehlkopflähmung in den meisten Fällen ganz allein durch eine Neuritis der Vagus-Recurrensstämme verursacht wird“ und machen für die häufigere Erkrankung der linken Seite anatomische Verschiedenheiten der beiden Recurrentes verantwortlich. Nachdem durch meine spätere Arbeit „Larynx und multiple Sklerose“ (Zeitschr. für Laryngologie, Rhinol. u. i. Grenzgeb. 1908, S. 167 ff.) 39 eigene Fälle betreffend, ebenso wie durch diese Publikation die grössere, linksseitige Vulnerabilität weitere Stütze erhalten hat, wird es von Interesse sein, wie genannte Autoren diese Tatsache mit ihrer Theorie werden in Einklang bringen können.

Von den obengenannten 14 Fällen leiden 2 (83, 93) mit ausgeprägter, doppelseitiger Lähmung gleichzeitig an Tabes, welche für die Bewertung des Grosshirneinflusses nicht in Betracht kommt. Aus ähnlichen, weil auf bulbäre Herkunft Bezug nehmenden Gründen müssen wir die auf multiplen Insulten beruhenden 6 Fälle (6, 20, 31, 170, 190, 198) ausscheiden, ebenso auch die im Larynx symmetrisch affizierten Fälle 175 und 192, welche mehr statistisches Interesse beanspruchen, worauf noch 4 Fälle einseitiger Störung restieren. Von diesen sind 2 (96, 97) linksseitige Paresen bei linksseitiger Hemiplegie. Die Bewegungsstörung ist zwar während der letzten drei Monate konstant geblieben, andererseits doch so unbedeutend, dass mir hieraus die Formulierung einer Art von Gesetzmässigkeit nicht einleuchten will. Immerhin scheinen solche Fälle darauf hinzuweisen, dass ausnahmsweise durch einen Grosshirnherd ein Zustand geschaffen werden kann, bei welchem die bilateral von der gesunden Seite her wirkende Innervation nicht ausreicht, um auf der gelähmten Seite tadellose Beweglichkeit im Kehlkopfe zu bewirken.

Bleiben übrig unter 200 genau und wiederholt untersuchten Fällen 2 (17, 176, welche eine deutliche, linksseitige Recurrenslähmung bei rechtsseitiger Hemiplegie darbieten, ein Befund, welcher von mehreren namhaften Laryngologen bestätigt worden ist. Neurologischerseits erfreute ich mich der Unterstützung des Herrn R. Cassirer. Es hat eingehende Prüfung stattgefunden, ob im extrakraniellen Verlaufe des Vagus oder im extrathorakischen des Recurrens etwa eine komprimierende Noxe vorhanden sei; der Augenspiegel wurde benützt (Herr Schultz-Zehden); Herr Nicolai wurde um eine Röntgenuntersuchung

des Mediastinums gebeten. Er hat festgestellt, dass dort keine Aufklärung für die Recurrenslähmung zu finden ist. Auch Herr H. Gutzmann hat bei Beurteilung der leichten Sprachstörung zu einem positiven Gutachten nicht gelangen können. Das wären also 2 Fälle jener Art, von welcher Semon in Heymanns Handbuch 25 zitiert.

Ich gehe nunmehr zu einer genaueren Beschreibung des Falles 17 über, welcher sich von 176 im wesentlichen durch die völlige Freiheit des Sensoriums und damit durch die noch mehr gewährleistete Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben unterscheidet.

A. K., Schlossereiarbeiter, 56 Jahre. Vater ist an Phthise, Mutter an Gefässverkalkung gestorben. K. hat mit 6 Jahren Lungenentzündung, mit 14 Jahren „gastrisch-nervöses Fieber" durchgemacht. Seit der Pubertätszeit leichtes Stottern. Sonst will er — abgesehen von einem Krankenlager wegen Fraktur des linken Unterschenkels — bis März 1908 niemals leidend resp. in ärztlicher Behandlung gewesen sein. Potus et lues negantur. — Zu erwähntem Zeitpunkt erlitt K. einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Körperlähmung angeblich ohne Bewusstseinsverlust aber mit 1½ Tag andauernder Sprachstörung. Damals habe auch Erschwerung des Schluckens und Herausströmen der Getränke durch die Nase bestanden. All diese Erscheinungen bildeten sich alsbald erheblich zurück. Pat. stellt aufs entschiedenste in Abrede, sonst jemals Schwindelanfälle oder Bewegungsschwäche in den linksseitigen Extremitäten bemerkt zu haben.

Pat., bartlos, mit infantilen resp. defekten Genitalien, hat infolge mangelnder Libido niemals eine Kohabitation versucht. Für kongenitale resp. für eine akquirierte extragenitale Lues finden sich keine Anhaltspunkte. — Nirgends Drüsenschwellungen. Keinerlei Deglutitionsbeschwerden, leichtes Aufstossen bei mit U beginnenden Worten. Bei der Inspektion des sich hebenden Velums bemerkte man zeltdachartige Verziehung nach links. — Von den inneren Organen ist nur das Herz hervorzuheben, welches eine mässige Verbreiterung nach rechts zeigt. 100 p. m. Töne leicht akzentuiert. Periphere Arterien etwas rigid. — Fazialis und Hypoglossus zeigen keine sichere Differenz. R. Oberextremität etwas atrophisch, zumal an den Interossei, Akrozyanose. Dynamometer r. 6 gegen l. 16. — L. Knie etwas aufgetrieben, aktiv und passiv gut beweglich. Babinski r. deutlich, l. fehlend. Sehnenreflexe r. durchweg gesteigert. Bauchreflex beiderseits sehr kräftig, doch überragt der rechte epigastrische noch den linken. Überall r. ein geringer Grad von Hypästhesie resp. Hypothermästhesie. — Das l. Stimmband steht in Kadaverstellung, ist etwas exkaviert. Das r. Stimmband von tadelloser Beweglichkeit, überschreitet die Mittellinie nur unerheblich, so dass beim Phonieren ein Spalt bestehen bleibt. Keine Ankylose des Crico arytaenoidalgelenks.

Wir sehen mithin, 1. dass ausser letztgenanntem Befunde alle Zeichen auf ausschliessliche Lähmung der rechten Körperhälfte hinweisen. Denn selbst die Verstärkung des Bauchreflexes auf der gelähmten Seite ist, wie ich in meiner Arbeit über die Reflexe der Hemiplegiker (M. m. W. 1906, Nr. 11) zahlenmässig nachgewiesen habe, nicht gar zu selten.

2. Die unbezweifelbare Immobilisierung des linken Stimmbandes.

Angesichts solcher Feststellung erscheint es verzeihlich, wenn man auf einen Augenblick zu den Kundgebungen jener Autoren zurückkehrt, welche einseitige, kontralaterale Stimmbandlähmungen durch Grosshirneinfluss vermuten zu sollen oder erklären zu können glaubten. Aber in diesem Falle, wie in allen bisher publizierten, kommt man auch ohne das aus. Es sprechen gewichtige Gründe, besonders die so schnell vorübergegangene Schluckstörung dafür, dass bei dem Patienten eine Erweichung in der linken Hälfte der Medulla oblongata eingetreten war, bei welcher eine schwere Schädigung des gleichseitigen Nucleus ambiguus und der von ihm ausgehenden Fasern erfolgte, und die Pyramidenbahnen sowie die sensiblen, in der Schleife verlaufenden Fasern für die entgegengesetzte Seite in Mitleidenschaft gezogen wurden. Durch diese Annahme erklärt sich auch die Verschiedenheit in der Intensität der beiderseits zu beobachtenden Erscheinungen.

Ich will dahingestellt sein lassen, ob in all den Fällen von einseitiger, kontralateraler Stimmbandlähmung, mit welchen schon des öfteren versucht wurde, eine Bresche in das bestehende Lehrgebäude zu legen, bei der Aufnahme von Anamnese und Status alle Möglichkeiten einer bulbären Erkrankung berücksichtigt worden sind, resp. ob man bei event. Obduktionen sich nicht zu schnell mit makroskopischen Befunden begnügt hat.

Ataxie der Stimmbänder wurde deutlich nur in 3 Fällen beobachtet, und zwar trat dieselbe bei der Eröffnung der Glottis markanter in die Erscheinung als bei der Schliessung.

Bezüglich des Tremors musste, wie schon angedeutet, genau auf etwaige psychische Herkunft geachtet werden. Nachweisbar wurde sie durch Verminderung desselben bei seelischer Ablenkung, durch Beseitigung der Furcht vor der Spiegeleinführung, wie sich dies bei der Wiederholung der Untersuchungen meist von selbst ergab, endlich auch durch den Synchronismus mit den Stössen bulbären Lachens oder Weinens. Bei dieser Gelegenheit möchte ich bemerken, dass ich die mangelhafte Willenskraft zum Aushalten der Laryngoskopie sehr häufig dadurch mit Erfolg anfachte, dass ich den verängstigten Patienten, so schlecht sie sich auch anstellten, zurief:

„Bravo, sehr gut gehalten! Jetzt nur noch einen Augenblick!“ — Die Suggestion, dass die Leute den untersuchenden Arzt befriedigten, erzielte zumeist nicht nur ein leidliches Halten, sondern gleichzeitig auch Abflauen etwa vorhandenen, psychischen Tremors.

Wesentlich seltener als bei Tabes dorsalis und multipler Sklerose habe ich bei Hemiplegikern echten Stimmbandtremor beobachtet, und

zwar war dieser entweder durch nur einseitiges oder auf einer Seite besonders vorwiegendes Zucken charakterisiert.

Natürlich wurde auch hier nachgeforscht, ob zwischen den berichteten Kehlkopfsymptomen und dem Alter der Hemiplegie ein Zusammenhang nachweisbar wäre. Dem Ermitteln irgendwelcher Gesetzmässigkeit steht ja da freilich die geringe Zahl der in Betracht kommenden Fälle entgegen. Indes kann ich von den meinigen hervorheben, dass die Mehrzahl erst wenige Jahre bezw. wenige Monate hinter der Apoplexie stand.

Den Übergang zur Schilderung der Gaumen-Rachenbefunde möge ein Krankheitsbild darstellen, welches ich in dieser Untersuchungsreihe nur einmal zu beobachten Gelegenheit hatte.

Fall 160 betrifft eine 65jährige unverehelichte Almosenempfängerin, welche vor 4 Jahren einen Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung bekam und seitdem einige kleinere Insulte, darunter einen mit zweitägiger Sprachstörung, überstanden hat. Vater ist jung an Schwindsucht, Mutter an Schlaganfall verstorben. Pat. war bis auf Kinderkrankheiten und „Skrofeln an den Augen“ angeblich stets gesund.

In ihrer äusseren Erscheinung, vornübergebeugt mit larvenartigem Gesichtsausdruck und monotoner Sprache, erinnert Pat. stark an Paralysis agitans, welche hier in Ermangelung jedweden äusserlich erkennbaren Tremors als sine agitatione aufgefasst werden müsste. — Beim Beklopfen des Hinterkopfes kein Schmerz. — Sehnenreflexe rechterseits durchweg stärker als links, ebenso Babinski.

Bei der Inspektion des Mundes, welche nur schwer zu erzielen ist, sieht man ausser Hemiatrophia dextra der Zunge und fibrillärem Zittern derselben den linken Gaumenbogen mehr herabgesunken, aber man wird von diesem Bilde schnell abgezogen durch ein eigentümliches Verhalten der Uvula, durch ihr klonusartiges Zucken von oben nach unten. Nunmehr wird das Verhältnis zum Radialpuls untersucht. Da ergibt sich schon palpatorisch die Diskrepanz, und bei der Zählung Uvaulzuckungen p. M. 110, Puls 76. Das Larynxbild präsentiert sich selbst für den mit Tremor-Nuancen vertrauten Untersucher recht seltsam. Nach beträchtlichem Ausholen gehen die Aryknorpel und Stimmbänder mit grosser Heftigkeit gegeneinander, und zwar sind die rechtsseitigen Bewegungen noch intensiver, beiderseits jedoch herrscht völlige Gleichzeitigkeit mit dem Uvulaklonus. Pat. gibt an, von den Zuckungen im Halse nichts zu verspüren. Aortenfehler resp. höher sitzende Aneurysmen liegen nicht vor.

Dieses Krankheitsbild war mir nicht mehr fremd. Bereits vor zweieinhalb Jahren habe ich es bei einem siebzigjährigen, an Pseudobulbärparalyse leidenden Manne bemerkt. Auf meine Bitte hat nach dem vor zwei Jahren erfolgten Exitus Herr Cassirer eine Reihe von Präparaten angefertigt, an welchen kleine und kleinste Herde in der Haube, Pons, Oblongata und Cerebellum leicht wahrzunehmen sind. —

Als ich eben diesen Fall Herrn Hugo Liepmann, welcher sich für die Apraxien meiner Anstalt interessiert, zeigte, erinnerte er

sich eines vereinzelten Vorkommnisses gleicher Art aus seiner Breslauer Zeit und stellte mir freundlicherweise seinen Status vom 10. IX. 1896 zur Verfügung, in welchem es heisst: „Keine Stimmbandlähmung, aber rhythmische Zuckungen beider Stimmbänder, links stärker. Auch Klonus des Gaumens, synchron mit dem Stimmbandklonus." — Der Kranke war ein 32jähriger Mann, Luetiker, welcher im Laufe der letzten Jahre mehrere Schlaganfälle durchgemacht hatte.

Ganz analoge Fälle sind von Oppenheim (2) (Neurol. Zentralbl. 1889, Nr. 5), Spencer (Lancet 1886), Sinnhuber (B. K. W., 1904, Nr. 29) und Klien (D. med. W. 1904 Nr. 17 und 18) beschrieben worden. Die beiden ersten Autoren fanden bei der Autopsie je einmal einen Kleinhirntumor, Oppenheim in seinem zweiten Falle einen an Meningitis sich anschliessenden Prozess der hinteren Schädelgrube, Sinnhuber, welcher einen noch lebenden Apoplektiker beschrieb, verzichtete auf eine bestimmte Diagnose und Klien nimmt eine Erkrankung der bulbären Zentralorgane an. Denselben Standpunkt nehme ich bezüglich des Falles 160 ein.

Die Fälle von einseitigem Klonus der Rachen- und Kehlkopfmuskulatur möchte ich hier ebenso unberücksichtigt lassen, wie die von lautem Knacken begleiteten, zumeist wohl der Hysterie zuzurechnenden Fälle von Palatospasmus.

Durch den vorstehend erfolgten Hinweis auf die mehr als oberflächliche Ähnlichkeit mit Paralysis agitans könnte man um so mehr auf die Vermutung kommen, der ganze Uvula- und Aryknorpel-Klonus sei schliesslich nur ein Symptom von Parkinson, zumal auch Sinnhuber bei seinem Falle die gleiche Ähnlichkeit wahrgenommen hat. Demgegenüber sei wenigstens mit Bezug auf meine Erfahrungen, der ich schon über 40 Fälle von Paralysis agitans laryngoskopisch genau beobachtet habe, bemerkt, dass ich zwar vom ruhigen normalen Funktionieren der Stimmbänder bis zum schnellschlägigen Tremor alle Abstufungen gesehen, aber bisher nie einen Zustand, wo die Aryknorpel derart gleichsam aufeinander loshämmerten, namentlich auch keine Beteiligung der Uvula.

Die bei der Stimmband-Innervation gewonnenen Erfahrungen lassen sich auf die gleichfalls bilateral-symmetrisch innervierten Muskeln von Rachen und Gaumen ohne weiteres nicht übertragen, weil durch die teilweise automatische Funktion des Kehlkopfes ein wesentlich unterscheidendes Merkmal besteht.

Diesbezüglich liegt bereits ausser den Bekundungen von Strümpell, Oppenheim, Ziehen und Monakow in deren Lehrbüchern eine Arbeit von Tetzner-Dresden (Neurolog. Zentralbl. 1909, Nr. 10) vor,

welcher Hemiplegien, unter Beschränkung auf die einer Gaumenbewegung noch fähigen, untersucht und dabei unter 52 Fällen 40mal eine zeltdachähnliche Verziehung des weichen Gaumens nach der gelähmten Seite, 11 mal symmetrische Hebung und 1 mal Verziehung nach der gesunden Seite gefunden hat. Das Phänomen habe ich bei meinen Untersuchungen wiederholt gesehen, jedoch vermag ich mit Tetzner hinsichtlich der Häufigkeit und der Seite der Verschiebung nicht übereinzustimmen. Allerdings habe ich unter meinen Hemiplegiefällen hier eine Sonderung nicht eintreten lassen, aber es hätte sich auch nur um eine so geringe Zahl auszuscheidender gehandelt, dass mein Endresultat nicht tangiert worden wäre.

Auch muss ich darauf hinweisen, dass quoad fauces die Lues, deren ätiologische Bedeutung für die Apoplexien ja unbestritten ist. teils durch Defekt der Uvula und grösserer Velumgebiete, teils durch Hinterlassung von Narbengewebe eine Reihe von Fällen — bei meinen Patienten waren es 16 — hinsichtlich der Auffindung eines kinetischen Typ ausscheidet. Bei den alsdann in Betracht kommenden Fällen trat mir meist die Unmöglichkeit entgegen, über die Richtung der ruhenden Uvula etwas Zuverlässiges zu ermitteln. Etwas mehr kam man schon vorwärts, wenn man die Patienten „a“ sagen liess. Da gewahrte man plötzlich, wie eine bisher schön in der Mitte sich haltende Uvula nach rechts oder links abschwenkte und somit eine Asymmetrie der beiden Halbtore des Gaumens herstellte. Diese Asymmetrie zeigte sich bei Würgbewegungen noch deutlicher als beim Intonieren, aber die grössere Deutlichkeit wurde wettgemacht durch die kurze Dauer der Erscheinung, welche oft auch noch seitens der Untersuchten durch Mundschluss, Wegwenden etc. weitere Einbusse erlitt.

Hierauf machte ich mit grösster Genauigkeit meine Eintragungen. Als ich die ersten Male bei Kontrolluntersuchungen das Zäpfchen nach der entgegengesetzten Seite, als die unlängst gemachte Notiz dies auswies, deviiert fand, glaubte ich zunächst an einen Schreib- oder Gedächtnisfehler; als aber der Vorfall sich wiederholte und zwar stets bei aufrechter Körperhaltung des Patienten und unter Ausschluss etwa neueingetretener krankhafter Veränderungen, musste ich eben von der Tatsache Kenntnis nehmen und sie in meiner Tabelle herausheben. Es geschieht durch den Buchstaben v (variabel).

Unter Weglassung von 16 durch Lues deformierten Fällen, ferner der Nr. 181 und 198, wo beiderseitige Insulte sicher sind, und des Falles 108, wo nur ein zu kurzer, natürlicher Uvulastumpf ohne jede Richtungstendenz vorhanden war, habe ich folgende Uvulastellungen rubrizieren können:

— — — cfr. vorstehendes	19
Median	72
Deviation nach der gelähmten Seite . .	54
„ „ „ nicht gelähmten Seite	35
Variable Stellung	18
Stillstand	1
Uvularklonus	1
	200

In vereinzelten Fällen gelang es auch, eigenartige Stellung der Uvula nach vorn, nach hinten, ferner eine Art Invaginationsbewegung des untersten Teiles in die Basis zu beobachten. Interesse boten endlich auch die Bildungsanomalien, Spaltung resp. Verdoppelung der Uvula und einmal ihre gänzliche Einbettung in den Arcus palatopharyngeus nach Art einer Schwimmhaut.

Um nun einen Anhalt zu gewinnen, welcher Wert den Abweichungen des Zäpfchens von der perpendikulären Stellung mit Rücksicht auf zerebrale Störungen beizulegen sei, habe ich je eine Hundertergruppe auf die Uvulahaltung untersucht. Vorbedingung der Zulassung zu dieser Untersuchung war das Nichtvorhandensein von Nerven- und Halsleiden. Da fand ich bei der Altersklasse von 15—25 Jahr die Uvula 63 mal median, 22 mal nach rechts und 15 mal nach links, bei den über 70 Jahre alten Leuten 72 mal median, 18 mal nach rechts und 10 mal nach links gerichtet.

Demnach ist in der blossen Schiefrichtung des Zäpfchens keine Tatsache von pathognomonischer Bedeutung zu erblicken. Wohl aber kommt dies der Tetznerschen Zeltdach-Konfiguration zu, welche mir in beiden genannten Gruppen Gesunder niemals begegnete. Bei meinen Hemiplegikern fand ich sie unter 184 Fällen (16 Lues-Deformationen ausgeschlossen) 21 mal und zwar 13 mal bei linksseitiger und 8 mal bei rechtsseitiger Körperlähmung. Nur 6 mal lag Verziehung nach der gelähmten Seite vor.

Betreffs meiner weiteren Beobachtung am weichen Gaumen möchte ich berichten, dass ich da nicht nur, wie oben, die durch sichtbare Luesfolgen gekennzeichneten Fälle zurückgestellt habe, sondern auch die von der Tetznerschen Erscheinung bereits in Anspruch genommenen, endlich aber auch die Fälle, wo durch Seitwärtsrücken der Uvula sich lediglich grazilere Gestaltung eines Gaumenhalbtores bei sonst ungestörter Symmetrie im Heben des ganzen Velum sich kundgab. Da haben sich mir, abgesehen von einem Falle gänzlicher und drei Fällen beinahe völliger Bewegungslosigkeit noch 41 Fälle halbseitigen Herabhängens oder trägerer Aktion ergeben und zwar 26 homo- und 15 kontralaterale.

In jenen Fällen beinahe gänzlicher Aufhebung der Beweglickkeit des Velums trat beim Intonieren ein sehr lebhaftes Gegeneinanderstreben der Seitenteile des Pharynx ein, das an sich vorschiebende Kulissen erinnerte.

Die Reflexe des durch die Überschrift bezeichneten Bezirkes kann ich nach den eingangs gemachten Bemerkungen ziemlich kurz erledigen. Bezüglich des Kehlkopfreflexes stimme ich ganz mit Massei überein, welcher vor der Verwechslung desselben mit einer vom Pharynx fortgeleiteten Würgbewegung warnt und nur den auf Berührung der Kehlkopfschleimhaut erfolgenden Hustenstoss als gültigen Larynxreflex anerkennt.

Von meinen 200 Fällen müssen bei dieser Betrachtung 8 ausscheiden, bei welchen aus äusseren Gründen die Erhebung der Reflexerregbarkeit nicht angängig war. Bei den weiteren waren

alle drei Reflexe (Gaumen, Rachen, Kehlkopf)

	normal	in 12	Fällen
„ „ „	verstärkt	in 11	„
„ „ „	herabgesetzt	in 43	„
„ „ „	aufgehoben	in 61	„

In den übrigen 65 Fällen lag Verschiedenheit der drei Reflexe untereinander vor, immerhin aber blieb eine gewisse Regel bestehen, wonach die Erregbarkeit des Rachens hinter der des weichen Gaumens und Kehlkopfes erheblich zurücksteht. Wer sich für genauere Daten interessiert, wolle die Tabelle daraufhin ansehen.

Es lag mir daran, das Verhalten dieser Reflexe auch bei 50 Gesunden zu studieren. Alle drei Reflexe normal habe ich in 30 Fällen gesehen, fünfmal erschienen sie erhöht, ebenso oft herabgesetzt, die übrigen 10 Fälle variierten. Reflexaufhebung ergab sich nie.

Somit bin ich geneigt, der Hypo- und der Areflexie eine nicht unwichtige Rolle bei der Diagnose einer überstandenen Apoplexie zuzusprechen, was namentlich dann, wenn die bekannten Zeichen der Pyramidenbahnstörung versagen und die Anamneseneinholung sich als ein Versuch am untauglichen Objekt erweist, von Bedeutung werden kann.

Indem ich noch mitteile, dass Herr Richard Cassirer die anatomische Bearbeitung der Materie übernommen hat, gehe ich zur kurzen Zusammenfassung meiner Untersuchungsergebnisse über:

1. Bei Hemiplegikern findet man häufig augenfällige Bewegungsstörungen im weichen Gaumen, seltener im Kehlkopfe. Zu solchen disponiert in höherem Masse das Überstehen mehrfacher Insulte.

2. Die Bewegungsstörung entspricht meist, aber nicht immer, der gelähmten Seite.

3. Isolierte Lähmung des kontralateralen Stimmbandes hängt, sofern nicht extrazerebrale Komplikationen vorliegen, nicht mit einer Grosshirn-, sondern mit einer bulbären Affektion zusammen.

4. Stimmbandtremor und -Ataxie sind nach Apoplexie erheblich seltener als bei Tabes oder multipler Sklerose.

5. Bei der Irregularität resp. Veränderlichkeit der Uvularichtung Hemiplegischer, wie auch bei der relativen Häufigkeit dieser Vorkommnisse bei Gesunden, ist daraus allein keine Folgerung auf Apoplexie zu ziehen. Jedoch berechtigt hierzu die zeltartige Verziehung des weichen Gaumens (Tetzner), gleichviel nach welcher Richtung.

6. Die Areflexie oder Hyporeflexie des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes ist ebenfalls als Symptom verwertbar.

Aus der Basanowaschen Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Universität in Moskau.

Die Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes.

(Klinische Studien.)

Von

Privatdozent Alexander Iwanoff.

Die Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes stellen bisher eines der am wenigsten bearbeiteten Gebiete der Pathologie des Kehlkopfes dar, und es ist ihnen seitens der Laryngologen eine auffallend geringe Aufmerksamkeit zuteil geworden. Die Untersuchungen der Larynxaffektionen bei verschiedenen Nervenkrankheiten beschränken sich fast ausnahmslos auf Bewegungsstörungen, so dass in den Monographien über diese Fragen, wie z. B. Réthi: „Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks“ und Dorendorf: „Kehlkopfstörungen bei Tabes“ dieser Gegenstand nur kurz behandelt wird. In der umfassenden Arbeit von R. Kuttner und F. Kramer: „Sensibilitätsstörungen bei akuten und chronischen Bulbärkrankheiten“ (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenk., 42. Bd., 3. H.), wo die ganze Aufmerksamkeit der Untersucher auf die Sensibilitätsstörungen der verschiedenen Körperstellen konzentriert ist, und wo jeder Fall auch laryngoskopisch untersucht wurde, findet sich kein Wort von den Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfs. Endlich hat unlängst die Diskussion zwischen Massei und A. Kuttner und Meyer, ob Anästhesie des Kehlkopfs bei Rekurrenslähmung existiert, gezeigt, dass die Frage, was man für Anästhesie des Kehlkopfs halten muss, noch nicht ganz geklärt ist. Infolgedessen unternahm ich die Untersuchung der Sensibilität des Kehlkopfs bei verschiedenen Nervenkrankheiten, wobei ich nur die objektiven Sensibilitätsstörungen berücksichtigte.

Ich beschränke mich vorerst auf klinische Beobachtungen, weil ich hoffe, in einer anderen Arbeit auch experimentell die Frage zu bearbeiten. Zur Untersuchung hatte ich die Kranken der Nervenklinik, des Alt-Katharina-Krankenhauses und Koronationsspitals [1]). Im ganzen habe ich 124 Kranke untersucht und bei 22 von ihnen Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfs gefunden.

Einige physiologische Vorbemerkungen.

Die Frage, welche Nerven beim Menschen den Kehlkopf mit sensiblen Fasern versorgen, ist bis jetzt nicht endgültig entschieden. Seit den Untersuchungen Longets wurde angenommen, dass die Schleimhaut des Kehlkopfs bis zum Niveau der wahren Stimmbänder sensible Fasern von dem N. laryngeus super. erhält, während er motorische Fasern nur zum M. crico-thyreoideus schickt; die Schleimhaut des Kehlkopfes unter den Stimmbändern (wie auch die Trachea) wird mit sensiblen Fasern vom N. laryngeus inferior (recurrens) versorgt, welcher mit motorischen Fasern alle übrigen Muskeln des Kehlkopfs versorgt. Spätere experimentelle Untersuchungen bei Tieren zeigten, dass der Recurrens gar keine sensiblen Fasern führt, dass er rein motorisch ist, während andere Experimente das Gegenteil erwiesen.

In den letzten Jahren berichtete Massei nach klinischen Beobachtungen, dass der Recurrens beim Menschen sensible Fasern für den Kehlkopfeingang führt.

Die Schlussfolgerungen der experimentellen Untersuchungen an Tieren zur Lösung der Frage, ob der Laryngeus inferior sensible Fasern enthält, können wegen der anatomischen Verschiedenheit der Innervation nicht auf den Menschen übertragen werden. Beweisend für den Menschen können nur die klinischen Beobachtungen sein; solche haben wir bis jetzt nur zwei.

Die erste hat Boenninghaus gemacht; er beobachtete einen Zustand von Reizbarkeit des Kehlkopfes, bei dem man durch Druck in der Halsregion zwei Schmerzpunkte finden kann; der obere Druckpunkt entspricht jener Stelle, wo N. laryngeus sup. durch die Membrana thyreohyoidea hindurchtritt; der untere befindet sich unmittelbar auf dem seitlichen Teile der Trachea, und da hier der Laryngeus inferior verläuft, so ist Boenninghaus, wie auch einige andere Autoren geneigt, darin den Beweis zu sehen, dass der Laryngeus inf. sensible Fasern führt.

---

1) Ich sage hier den Assistenten der Nervenklinik N. S. Iwanoff, Priv.-Dozent P. Preobrasensky und Werderewsky meinen verbindlichsten Dank.

Die zweite klinische Beobachtung ist von Massei gemacht, welcher bei Rekurrenslähmungen immer Anästhesie des Vestibulum laryngis, bei linksseitiger Lähmung völlige Anästhesie, bei rechtsseitiger Hypästhesie beobachtete.

Aber diese beiden Beobachtungen, welche beim ersten Blicke für die gemischte Natur des Laryngeus inferior sprechen, erweisen sich nicht als einwandsfrei. Die Beobachtung Masseis hat Bestätigung nur von seiten italienischer Laryngologen gefunden; so fand Mancioli in 19 Fällen von Rekurrenslähmung Hypästhesie und Anästhesie des Kehlkopfs; auf der anderen Seite fanden A. Kuttner und Meyer in 20 Fällen und Glas in 95 Fällen keinmal Sensibilitätsstörung des Kehlkopfes bei Rekurrenslähmung. Die Erklärung dieser Widersprüche von seiten Masseis durch die nicht ganz genaue Untersuchungsmethode und dadurch, dass bei Sondierung des Kehlkopfes nur der Hustenreflex zu beachten sei, ist auch nicht einwandsfrei. Auch die Beobachtung von Boenninghaus kann man nicht für ganz rein (im physiologischen Sinne) halten, denn beim Drücken auf den unteren Punkt reizt man nicht nur den Recurrens allein, sondern auch die Haut, die unterliegenden Gewebe und die Trachea selbst.

Die Methode der Sensibilitätsprüfung des Kehlkopfes.

Die Sensibilitätsprüfung des Kehlkopfes stellte sich bis jetzt als eine sehr einfache Sache dar; man berührte mit der Sonde irgend einen Punkt des Vestibulum laryngis oder der Stimmbänder, und das Erscheinen des Kehlkopfreflexes sah man als das Zeichen seiner nicht gestörten Sensibilität an, wobei man den Besonderheiten des Kehlkopfreflexes, der sich in der konvulsiven Kontraktion seiner Muskeln und in Husten ausdrückte, keine besondere Wichtigkeit zumass. Dagegen behauptet Massei in seinen kürzlich erschienenen Beiträgen, dass man nur das Erscheinen des Hustenreflexes bei Sondierung des Kehlkopfs in Betracht ziehen muss und warnt dringend vor der Verwechslung der Kehlkopfkontraktion mit der Rachenkontraktion, die sich oft auch auf den Sphincter laryngis ausdehnt.

So kommt man nach Massei dahin, das Fehlen von Husten bei Sondenberührung des Vestibulum laryngis als Anästhesie des Kehlkopfes zu betrachten. Die älteren Autoren, wie Beschorner, Störk und R. Meyer[1]) jedoch geben an, dass in der Norm die Berührung des freien Randes des Kehldeckels, seiner vorderen und hinteren Flächen, des Lig. ary-epiglotticum und auch der Taschenlippen und der Stimmbänder keinen Husten verursacht und nur die

[1]) Heymanns Handbuch d. Laryngol. Bd. I. 1. S. 328.

hintere Wand des Kehlkopfes mit starkem Husten auf die Berührung reagiert. Andere Autoren hingegen, wie z. B. Schech geben an, dass es in vielen Fällen gelingt, durch Berührung der gedachten Punkte Husten hervorzurufen.

Bei der Untersuchung einer grossen Zahl von Kranken habe ich nicht selten Fälle getroffen, bei denen wiederholte Sondierung des Kehlkopfs immer nur Krampf und keinen Husten hervorrief; bei diesen Personen erschien der Husten nur, wenn die Sonde die Hinterwand oder den freien Rand der Stimmbänder berührte, und zwar bei Kranken, bei denen von seiten des Kehlkopfes keine Veränderungen zu erwarten waren. Indem ich später diese Beobachtung an Gesunden (bezüglich des Nervensystems und Kehlkopfes) kontrollierte, fand ich manchmal auch bei ihnen Abwesenheit des Hustens bei Sondieren der Epiglottis, der ary-epiglottischen Falten, der Taschenlippen und der oberen Fläche der Stimmbänder.

In Anbetracht dessen meine ich, dass es ein grosser Fehler wäre, bei der Sensibilitätsprüfung des Kehlkopfes das Erscheinen eines Krampfes zu ignorieren und nur mit dem Hustenreflex zu rechnen. Den Krampf des Kehlkopfes, der direkt nach Berührung mit der Sonde erscheint, von dem fortgeleiteten des Rachens zu unterscheiden, ist bei aufmerksamer Prüfung gar nicht schwer. In Anbetracht der grossen individuellen Schwankung der Reflexerregbarkeit des Larynx sollte man bei dem gegenwärtigen Stande der Untersuchungstechnik überhaupt nicht von Hypästhesie, sondern nur von Anästhesie sprechen.

Man führt die Sensibilitätsprüfung des Kehlkopfs in folgender Weise aus: Nachdem man ein deutliches Bild bekommen und sich überzeugt hat, dass der Untersuchende ruhig atmet und der Kehlkopf keine Neigung zur Kontraktion zeigt, führt man vorsichtig die Kehlkopfsonde ein, unter Vermeidung der hinteren Rachenwand oder der Zungenwurzel und berührt die hintere Fläche des Kehldeckels nahe der vorderen Kommissur oder die innere Fläche der ary-epiglottischen Falten oder endlich die Taschenlippe, was leichter zu erreichen ist, wobei der Untersuchte nur atmen, keineswegs phonieren darf, weil die Phonationsbewegung des Kehlkopfes während des Laryngoskopieren sehr oft Kontraktion derselben verursacht. Wenn die Berührung an den gedachten Stellen keine Kontraktion des Kehlkopfes verursacht und der zu Untersuchende ruhig zu atmen fortfährt, dann kann man ihn phonieren lassen und mit der Sonde die obere Fläche der Stimmbänder oder deren freien Rand berühren.

Die Prüfung der Schmerzempfindung des Kehlkopfes führte ich zuerst durch Stich mit der Kehlkopfspritze nach Hering aus, aber

da das zuweilen Wunden der Schleimhaut setzte, habe ich es verlassen und benutze jetzt die gewöhnliche Kehlkopfsonde mit einem Gewinde, das bei Berührung der Haut die Empfindung des Stechens auslöst. Da diese Diagnose sich auf das Gefühl des Kranken gründet (ob er Schmerz oder Stechen fühlt), so bietet sie oft viele Schwierigkeiten dar und gibt unbestimmte Resultate. Die Berührung der Kehlkopfschleimhaut löst ein so unangenehmes Gefühl in der Kehle aus, dass dabei die schmerzhafte Empfindung des Stechens ganz verschwindet. Nur in Fällen von Anästhesie des Kehlkopfs, bei denen die Sondenberührung keine Reaktion hervorruft, vom Kranken nicht empfunden wird, ist es möglich, dass dieser den Stich als solchen empfindet und ihn richtig lokalisiert.

Den Temperatursinn bestimmt man mittelst einer Sonde, an deren Ende Watte befestigt ist, welche man bald mit kaltem, bald mit heissem Wasser befeuchtet, wobei man besonders vorsichtig sein muss, die hintere Rachenwand oder die Zungenwurzel nicht zu berühren; auch darf die Watte nicht zu reichlich getränkt sein, da andernfalls abfallendende Tropfen zu Irrtümern Anlass geben.

Die Anwendung des elektrischen Stromes bei der Sensibilitätsprüfung des Kehlkopfes kann keine praktische Bedeutung haben, weil seine Wirkung zu weit ausstrahlt und schwer zu konstatieren ist, was Sensibilität der Schleimhaut selbst, und was Sensibilität der tiefer liegenden und den Kehlkopf umgrenzenden Gewebe darstellt.

Klinische Beobachtungen.

Gehirn und Rückenmark. Bei 4 Fällen von syphilitischen Erkrankungen des Gehirns und 2 Fällen von Gehirntumoren habe ich keine Motalitäts- und Sensibilitätsstörung gefunden.

Hemiplegien. Obgleich Semon[1]) in der Ätiologie der Larynxanästhesien angibt, dass dieselben auch bei Hemiplegien vorkommen, konnte ich weder in der Literatur einen solchen Fall finden, noch unter 23 von mir untersuchten Kranken eine Sensibilitätsstörung feststellen.

Bei Bulbärparalysen fand Mancioli[2]) Anästhesie des Kehlkopfes; in 3 meiner Fälle ist keine Veränderung des Kehlkopfes vorhanden.

Die multiple Sklerose. Die Larynxsensibilität bei dieser Krankheit war wenig geprüft und anscheinend ist sie selten gestört.

---

1) Semon, Heymanns Handbuch d. Lar. S. 650.

2) Mancioli, La laringe nelle lesioni del ricorrente. 1908.

Réthi [1]) fand von 37 in der Literatur gesammelten Fällen nur bei 7 Fällen einige Angaben über die Sensibilität des Kehlkopfs, von welchen 6 mal Anästhesie des Rachens und Kehlkopfs notiert ist. Von seinen 10 Fällen sah Réthi die Reflexbarkeit des Kehlkopfes 4 mal herabgemindert und 3 mal gesteigert; mit anderen Worten in keinem Fall Réthis existieren wesentliche Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfs.

Graeffner [2]) untersuchte 39 Kranke, aber die Sensibilität des Kehlkopfs war dabei nicht geprüft.

Von acht Kranken mit multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks fand ich niemals irgend eine Sensibilitätsstörung im Larynx.

Sklerosis lateralis amyotrophica. Bei einem von vier untersuchten Kranken fand ich nebst ganz normalen Bewegungen des Kehlkopfs fast volle Reflexlosigkeit desselben; die Schmerzempfindung und Temperatursinn waren vorhanden.

In 3 Fällen von Pseudobulbärparalyse waren die Bewegungen und Sensibilität des Kehlkopfs normal.

Merkwürdige Veränderungen des Kehlkopfs sind von mir in einem Fall der progressiven Muskelatrophie gefunden.

Lur .... 26 Jahre alt. Die Stimme ist kindlich, pfeifend. Die Kehlkopfbewegungen sind normal. Die Stimmbänder sind schmal, fein, wie durchscheinend, bei Phonation etwas vibrierend (Atrophie des M interni). Reflexerregbarkeit des Kehlkopfs stark herabgesetzt; bei der Sondierung kein Husten, nur langsame, geringe Kontraktion.

Hoffmann [3]) sah in einem Fall von subakuter spinaler Muskelatrophie Lähmung des Recurrens dext. und Parese des M postici sin.

Tabes dorsalis. Herabsetzung der Sensibilität des Kehlkopfs bei Tabes ist sehr selten. Burger [4]) fand sie in 20 und Dreyfuss [4]) in 22 keinmal; Krause [4]) (38 Fälle) und Oppenheim [4]) je einmal Dorendorf (unter 245) zweimal und Glas [5]) (unter 25) beobachtete fünfmal starke Herabsetzung der Reflexerregbarkeit des Kehlkopfes, ohne dass die taktile Sensibilität irgendwie gestört wäre. In einem (unter 100) Fall Semons [4]) fanden sich deutliche Störungen der Reflexerregbarkeit des Larynx. Fränkel [4]) sah in einem Falle von Tabes paralyse neben Larynxkrämpfen und Medianstellung der

---

1) Réthi, Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sklerose. 1907.
2) Groeffner, Zeitschr. für Laryngol. Bd. I. H. 2.
3) Hoffmann, Monatsschr. f. Ohrenh. 1908. H. 6.
4) Zitiert nach Dorendorf, Kehlkopfstörungen bei Tabes. 1903.
5) Glas, Wiener med. Wochenschr. 1908. Nr. 16.

Stimmbänder auch Anästhesie des Kehlkopfs. Massei[1]) fand Larynxanästhesie, und Mancioli[1]) Anästhesie des Vestibulum des Larynx bei einem Tabetiker ohne Bewegungsstörungen der Stimmbänder.

Von 48 untersuchten Kranken mit Tabes fand ich Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfs bei 4 Kranken.

1. Botsch .... Die Bewegungen des Kehlkopfes sind normal. Die taktile Sensibilität fehlt (die Sondierung auch der hinteren Larynxwand und unter den Stimmbändern ist reflexlos), die Schmerzempfindung fehlt auch, Temperatursinn ist vorhanden; ausserdem Anästhesie des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand.

2. Pousir .... Die Bewegungen, die Tast- und Schmerzempfindung sind normal; die Kälte fühlt er besser links, die Wärme fühlt er wie kalt und auch besser links.

3. Kourot .... Lähmung des linken Recurrens. Tast- und Schmerzempfindung normal. Kälte fühlt er, Wärme unterscheidet er nicht.

4. Mart .... Die Bewegungen des Kehlkopfes und Schmerz- und Temperaturempfindung sind normal. Die taktile Sensibilität fehlt.

Drei von diesen vier Tabikern mit gestörter Larynxsensibilität, wie auch der Kranke Manciolis hatten keine Bewegungsstörung des Kehlkopfs. Temperatursinn ist gestört bei 3, Tast- und Schmerzempfindung bei 2 (von 4).

Öfter findet man bei Tabes Steigerung der Reflexerregbarkeit des Kehlkopfs (Hyperästhesie), besonders in den Fällen, wo Larynxkrisen vorhanden sind; aber diese Beobachtungen können wegen undeutlicher Grenze zwischen normaler und gesteigerter Sensibilität keine grosse Bedeutung haben.

Syringomyelie und Syringobulbie.

Die Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes bei Syringomyelie müssen besonderes Interesse darbieten, da bei dieser Krankheit die Sensibilität auch der anderen Regionen und hauptsächlich der Haut besonders oft auffallend und eigentümlich gestört ist.

Leider wurde oft der Kehlkopf in dieser Richtung nicht untersucht, nicht nur von alten Autoren, sondern auch bei neuesten Beobachtungen (Kuttner und Kramer).

Schlesinger gibt auf Grund der Literatur und seiner eigenen Beobachtungen an, dass die Reflexerregbarkeit des Kehlkopfes bei dieser Erkrankung in vielen Fällen bedeutend vermindert, zuweilen völlig fehlt. Die Reflexerregbarkeit kann nur auf einer Seite des Kehlkopfes vorhanden sein und selbst ohne Bewegungsstörungen.

Die Schmerzempfindung erscheint zuweilen auch bedeutend herabgesetzt; man findet auch Verschwinden des Temperatursinns, in einem

[1]) Mancioli, La laringe nelle lesioni del ricorrente. 1908.

Falle z. B. nur auf einer Hälfte des Kehlkopfs und auch bei normalen Bewegungen desselben. Im allgemeinen können die Sensibilitäts- und Bewegungsstörungen des Kehlkopfs bei Syringomyelie voneinander unabhängig existieren.

Cortay[1]) fand unter 18 Fällen von Syringomyelie 2 mal totale Anästhesie des Kehlkopfs, 2 mal bedeutendes Herabsinken der Reflexerregbarkeit und in 7 Fällen mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfs.

Mancioli erwähnt einen Fall von Syringomyelie (Ferreri), wo Anästhesie des Kehlkopfs vorhanden war, so dass das grosse Bougies Schrötters fast ganz ohne Reaktion in den Kehlkopf hineingeführt werden konnte.

Während meinen ersten Beobachtungen über die Larynxaffektionen bei Syringobulbie (Zeitschrift für Laryng. Bd. I, H. I.) war die Sensibilität des Kehlkopfs leider nicht in allen Fällen geprüft; dort fand ich Sensibilitätsstörungen bei 4 Kranken.

1. Anossowa. Lähmung des linken Musculus internus und transversus. Hypästhesie des Kehldeckels.

2. Gorskaja. Lähmung des rechten Nervus recurrens, die linke Kehlkopfhälfte macht beim Phonieren ataktische Bewegungen. Totale Anästhesie, Thermoanästhesie und Analgesie des Kehlkopfes.

3. Sogoewsky. Doppelseitige Lähmung des M. interni. Anästhesia totalis vestibuli laryngis. Heiss und kalt empfindet der Patient schwächer auf der linken Seite.

4. Kaschkina. Lähmung des linken N. recurrens. Totale Analgesie, Thermonästhesie des Kehldeckels und der inneren Oberfläche des Kehlkopfes.

Nachher untersuchte ich noch 22 Kranke mit isolierter Syringobulbie oder Syringomyelie mit Bulbärsymptomen; von diesen waren Bewegungsstörungen bei 14, Sensibilitätsstörungen bei 11 vorhanden.

1. Cout . . . . Das linke Stimmband befindet sich in Kadaverstellung, das linke falsche Stimmband bedeckt vollständig das wahre und bei Phonation berührt das rechte das linke Stimmband. Totale Anästhesie, Thermoanästhesie und Analgesie des Kehlkopfes.

2. Lew . . . . Doppelseitige Lähmung M. postici. Tast- und Schmerzempfindung fehlen; Kälte empfindet der Patient, Wärme nennt er bald heiss, bald kalt.

3. Gous . . . . Doppelseitige Lähmung postici und M. interni sin. Die taktile Sensibilität ist vorhanden, der Temperatursinn fehlt.

4. Mich . . . . Doppelseitige Lähmung M. M. interni et transversi. Tast- und Schmerzempfindung — nur Kälte empfindet er nicht.

5. Kril . . . . Rekurrenslähmung links. Taktile Sensibilität ist normal, Schmerzempfindung fehlt; Kälte empfindet er rechts, die Wärme links besser.

6. Birsch . . . . Doppelseitige Lähmungen V., XI. und XII. Nerven, IX. Nerv rechts. Analgesie der rechten Hälfte der hinteren Rachenwand, Thermoanästhesie

[1]) Cortay, Bulletins de la Société Franç. d'Otologie etc. 1895.

beiderseitig. Die rechte Hälfte des Kehlkopfs ist unbeweglich, in Medianstellung. Tast- und Schmerzempfindung sind vorhanden. Kälte nnd Wärme empfindet er viel besser links.

7. Nowik .... Bewegungen des Kehlkopfes sind normal. Die taktile Sensibilität fehlt.

8. Mol .... Doppelseitige Lähmung m. interni et postici. Die taktile Sensibilität ist vorhanden, Schmerz- und Temperaturempfindung fehlen.

9. Petv .... Doppelseitige Lähmung m. interni et postici. Die taktile Sensibilität ist vorhanden, Schmerz- und Temperaturempfindung fehlen.

10. Souv .... Rekurrenslähmung rechts. Tast- und Schmerzempfindung sind vorhanden, der Temperatursinn ist gestört.

11. Len .... Doppelseitige Lähmung n. postici. Die taktile Sensibilität ist normal; Schmerz- und Temperaturempfindung fehlen.

Also Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfs bei Syringobulbie und Syringomyelie fand sich bei 15 Fällen, dabei fehlten alle Arten der Sensibilität 3 mal, die taktile Sensibilität 6 mal, Schmerzempfindung 8 mal, Temperatursinn 11 mal.

In einem Fall mit ganz normalen Bewegungen des Kehlkopfs fand sich keine taktile Sensibilität.

Bei den Rekurrenslähmungen peripherischen Ursprungs durch Druck von Aneurysmen, Ösophaguskarzinomen, Struma, geschwollenen Halsdrüsen u. a. m. fand Mancioli in zehn Fällen Hyperästhesie und in neun Anästhesie des Vestibulum laryngis.

Die anderen Autoren, wie Kuttner und Meyer, Glas fanden in solchen Fällen keine Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes.

Bei 12 derartigen Kranken begegnete auch ich keinen Sensibilitätsstörungen im Larynx.

Hysterie.

Während die subjektiven Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes eine von allen anerkannte Erscheinung darstellen, findet man ziemlich selten objektive Veränderungen und die Beurteilung derselben kann man nicht für ganz feststehend halten. Die alten Autoren, wie Chairou[1]) (1870) hielten Anästhesie des Kehlkopfes für feststehende Erscheinung der Hysterie. Charcot und Lichtwitz[2]) hielten Anästhesie des Kehldeckels und der begrenzten Stelle auf der Haut an der linken Seite des Halses in parte suprahyoidea als pathognomonisch für Hysterie. Andererseits fand Morell Mackenzie[1]) niemals Verminderung der Kehlkopfsensibilität bei Hysterie. Thaon[2]) begegnete Anästhesie des Kehldeckels nur bei einem von sechs Kranken. Semon[1])

[1]) Zit. nach Semon, Heymanns Handbuch. Bd. I. S. 150.

[2]) Zit. nach Nikritin Laryngoskopie. Artik. 253, 255.

konnte Sensibilitätsstörung des Kehlkopfs „durchaus nicht ausnahmslos“ konstatieren.

Von 18 untersuchten Kranken, von welchen bei dreien hysterische Aphonie und bei vielen Parästhesien des Kehlkopfes vorhanden waren, fand ich niemals Anästhesie oder Herabsetzung der Reflexerregbarkeit irgend eines Kehlkopfteiles, im Gegenteil war die reflektorische Erregbarkeit oft bedeutend gesteigert.

Wenn man von den Veränderungen der Kehlkopfsensibilität bei Hysterie spricht, so ist es notwendig, die Frage von den Hemianästhesien des Kehlkopfs zu betrachten, welche nach der Meinung von Avellis[1]) nur bei Hysterie vorkommen. Er sagt: Fest steht allein nach meiner Meinung heute nur ein Satz: Hemianästhesie im Larynx kommt nur bei Hysterie vor. Andere Nervenstörungen im Laryngeus super oder inferior können totale Sensibilitätsstörungen hervorrufen, aber keine unilaterale Anästhesie.

Als Grund zu solchem kategorischen Schlusse führt Avellis folgende Tatsache an: 1. In einem von ihm beobachteten Falle von Hemianästhesie des Kehlkopfes und des ganzen Körpers, kombiniert mit Lähmung des Recurrens und des weichen Gaumens derselben Seite, konnte Anästhesie durch hypnotische Eingebung beseitigt und wieder hervorgerufen werden, während die Lähmungen ohne Veränderung blieben.

Darnach hält Avellis Anästhesie einer Hälfte des Kehlkopfs für eine zufällige Erscheinung, welche keine organische Ursache und Verbindung mit den Nervenparalysen hat. 2. Bei der perineuralen Anästhesie des Kehlkopfs, wenn die Kokainlösung am Stamme des N. laryngeus super. allein eingespritzt wird, erhält man Anästhesie des Kehlkopfs nicht nur einseitig, sondern total. 3. Die Untersuchungen Wilsons zeigten, dass jeder Laryngeus superior nicht nur die entsprechende Seite des Kehlkopfes versorgt, sondern auch zahlreiche Fasern auf die andere Seite sendet.

Diese Tatsachen zusammenstellend, schliesst Avellis, dass die volle Anästhesie der einen Hälfte des Kehlkopfs allein nicht organischen Ursprungs sein kann und wenn sie irgendwo sich findet, so muss man sie für eine hysterische Erscheinung halten. Aber viele genaue klinische Beobachtungen sprechen gegen diese Anschauung Avellis:

Fall von Mackenzie[2]). Stich mit dem Messer in die rechte Halsseite. Lähmung der rechten Hälfte der Zunge und des rechten

---

[1]) Avellis Sensibilitätsstörungen im Larynx. Archiv für Laryngol. Bd. 18. H. 3.

[2]) Zitat nach Glas, Wiener med. Wochenschr. 1908. Nr. 16.

Stimmbandes. Sensible Lähmung der rechten Hälfte des Kehlkopfs. Hyperämie der rechten Gesichtshälfte, Schlingbeschwerden. Diagnose: Verletzung einiger Vagusfasern, Verletzung des Hypoglossus und Sympathikus.

Fall von Ott[1]). Lähmung des rechten Stimmbandes, völlige Anästhesie der rechten Larynxhälfte bis unter das wahre Stimmband. Zentrale luetische Erkrankung. In den Wurzeln des Vagus waren keine markhaltigen Nervenfasern mehr vorhanden.

Fall von Mayer[1]). Stich in die linke Halsseite. Atrophie der linken Zungenhälfte. Kadaverstellung des linken Stimmbandes, halbseitige Anästhesie der entsprechenden Pharynxseite, der Epiglottis und des Kehlkopfes „genau bis zur Mittellinie". Traumatisches Aneurysma der Aorta. Diagnose: Verletzung des Hypoglossus, Glossopharyngeus, Sympathikus. Durchtrennung des Vagus.

Fall von Eisenlohr[2]). Lähmung des linken Rekurrens, Anästhesie der linken Seite des Kehlkopfs. Lähmung des weichen Gaumens links. Anästhesie der Region des N. trigeminus sin. Exitus an Pneumonie. Bei der Obduktion wird eine beschränkte Herdveränderung der Medulla oblongata gefunden; es sind zerstört „der hintere Vaguskern, die einstrahlende Vaguswurzel, das solitäre Bündel, der sogenannte vordere (motorische) Vaguskern, ein Teil der aufsteigenden Quintuswurzel, endlich die innersten Abschnitte des Kerns der Seitenstränge."

Fall von Fränkel[3]). Die Sensibilität des Pharynx und Larynx ist links erloschen. Lähmung des linken Velum palat. Das linke Stimmband steht unbeweglich in Kadaverstellung. Tumor im Nasenrachen verwachsen mit Wirbelsäule.

Schlesinger sah bei Syringomyelie starke Herabsetzuug der Reflexerregbarkeit nur auf einer Hälfte des Kehlkopfes „ohne gleichzeitiges Vorhandensein einer Hysterie" und ohne Bewegungsstörungen.

Zu diesen Fällen kann ich eine eigene Beobachtung eines besonderen Falles hinzufügen.

Andr-ra, 30 Jahre alt. Seit Juni 1908 erschien starker Schmerz in der linken Hälfte des Kopfes, im August fingen die Augen an zu schielen und bald darauf erschien Heiserkeit und Schluckenbeschwerden.

Der Geruch, die Sehschärfe, der Augenhintergrund sind normal. Bedeutende Ptosis beider Augen, besonders links. Paralyse des rechten und des linken Abduzens. Die Breite der Pupillen ist gleich. Taktile und thermische Anästhesie, Analgesie im Gebiete des linken Trigeminus. Das Gehör ist links bedeutend vermindert, Schlucken ist stark zerstört, der weiche Gaumen ist von der

1) Zitiert nach Glas l. c.
2) Eisenlohr, Archiv f. Psychiatrie. 19. Bd. H. 2.
3) Fränkel, Zentralblatt für Laryngol. 1905. S. 42.

linken Seite heruntergesunken und auf Sondierung ohne Reaktion. Der Geschmack ist auf der linken Seite der Zunge, welche atrophisch ist, aufgehoben.

Atrophie des linken M. sterno cleido-mastoideus und trapezius.

Die linke Hälfte des Kehlkopfs ist unbeweglich, die Stimmbänder befinden sich in Kadaverstellung; das rechte Stimmband ist ganz beweglich.

Bei Sondierung der linken Hälfte des Kehlkopfs erhält man gar keine Reflexe. Die Berührung der Sonde empfindet die Kranke nicht. Die Schmerzempfindung auf der linken Seite fehlt auch.

Bei Sondierung der rechten Hälfte des Kehlkopfes erscheint Krampf und Husten. Heisses und Kaltes empfindet sie nur rechts.

Im Hinblick auf den Fall von Avellis, wo nach der hypnotischen Suggestion die Hemianästhesie des Kehlkopfes verschwand, aber die motorischen Störungen blieben, bat ich Priv.-Doz. Ribakoff[1]), auch meine Kranke der Suggestion in dieser Richtung zu unterwerfen; aber nach der gelungenen Séance blieb alles ohne Veränderung.

Die Kranke wurde in die Nervenklinik übergeführt, wo sie im Februar 1909 starb. Bei der Obduktion zeigte sich ganz unerwarteterweise ein Sarkom der Schädelbasis.

Alle diese Fälle zeigen deutlich, dass Hemianästhesie des Kehlkopfs durch organische Veränderungen sowohl der Kerne wie auch des Stammes des Vagus ohne Vorhandensein von Hysterie bestehen kann.

Alle diese klinischen Beobachtungen resumierend kann man sagen:

1. Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes begegnet man viel seltener als Bewegungsstörungen und wie es scheint, stehen sie nicht in ursächlicher Abhängigkeit zueinander; so beobachtet man stark ausgesprochene Bewegungsstörungen und dabei ist die Sensibilität des Kehlkopfs ganz normal; es gibt Fälle, wo die Sensibilität gestört ist und wo die Bewegungen des Kehlkopfs normal sind. Dieser Umstand spricht mehr für die Selbständigkeit der Wege der sensiblen und motorischen Nervenfasern des Kehlkopfs.

2. Die Sensibilität des Kehlkopfs kann nicht nur total, sondern auch teilweise, partial gestört werden.

3. Hemianästhesien des Kehlkopfs sind nicht beweisend für Hysterie.

Demnach sprechen die bisherigen klinischen Beobachtungen mehr gegen die gemischte Natur der Fasern des Laryngeus inferior.

---

[1]) Ich benutze die Gelegenheit, um dem Priv.-Dozenten Ribakoff meine Dankbarkeit auszudrücken.

Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen[1].

Von

Dr. M. Hajek,

Privatdozent a. d. k. k. Universität in Wien.

Da ich im Vereine mit Herrn Dr. v. Eicken über den umfangreicheren Teil des vorliegenden Themas, über die Entzündung der oberen Nasennebenhöhlen, vor kaum einem Jahre in der Naturforscherversammlung zu Köln ein Referat erstattet habe, muss ich schon im Beginne um Entschuldigung bitten, wenn hier vieles von dem damaligen Referate zur Wiederholung gelangt. Der Umstand indes, dass in dieses Referat auch die Kieferhöhle einbezogen ist, ferner, dass über den Wert der Radikaloperationen und über die Indikation zu denselben noch durchaus keine Übereinstimmung herrscht, gibt mir Gelegenheit, zahlreiche Punkte hervorzuheben, welche einer eingehenden Diskussion dringend bedürfen. Auch bitte ich um Ihre Nachsicht, wenn ich mir bei Erstattung des Referates in mancher Hinsicht eine Einschränkung auferlegen muss. In der Erwägung, dass es in einem zeitlich und räumlich begrenzten Referate unmöglich ist, alles zu erwähnen, werde ich nur die in prinzipieller Hinsicht wichtigen Behandlungs- und Operationsmethoden anführen und von der Erörterung der zahlreichen Modifikationen, besonders solcher, welche hauptsächlich Technizismen betreffen, absehen.

Bei der Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden der entzündlichen Nebenhöhlenaffektionen muss vor allem zwischen den akuten und chronischen Entzündungen der Nebenhöhlen unterschieden werden. Diese Trennung ist indes keine absolute, da es zahlreiche Übergänge und Ausnahmen gibt, so dass die bei den chronischen

---

[1]) Referat, erstattet am internationalen med. Kongress zu Budapest. 1909.

Abszessen anzuwendenden Massnahmen gelegentlich auch bei den akuten Fällen Anwendung finden können. Für die grosse Mehrzahl der akuten Entzündungen der Nasennebenhöhlen dürfte eine Allgemeinbehandlung und diätetisch hygienische Massnahmen zur Beseitigung der Krankheit genügen. So sehen wir die grosse Mehrzahl der im Verlaufe der akuten genuinen Schnupfen und der Influenzainfektion auftretenden Nebenhöhlenentzündungen nach Darreichung von Aspirin bei Bettwärme spontan, ohne jede lokale Behandlung heilen. Brünings (1) hat bei der Anwendung des von ihm empfohlenen Kopflichtbades die Heilung noch rascher eintreten sehen; es ist dies eine Methode, deren Effekt mir sehr plausibel erscheint, wenn ich auch nicht genügende eigene Erfahrungen darüber besitze.

Als Hilfsmittel zur Beseitigung der akuten Nebenhöhlenprozesse ist das Kokainisieren der jeweiligen Nebenhöhlenostien — die Lüftung — wie wir sie nennen, anzusehen. Hierher gehört auch das den Sekretabfluss fördernde Verfahren mittelst des Politzerschen Ballons durch Hervorrufen von positiver oder negativer Druckschwankung, ferner das Sondermannsche (2) Saugverfahren. Die Erleichterung des Sekretabflusses, die Beseitigung des auf der akut geschwellten Nebenhöhlenschleimhaut lastenden Sekretes ist als ein mächtig wirkendes Mittel zur Beseitigung des Krankheitsprozesses anzusehen. Bei der Kieferhöhle kommt nebstbei die zielbewusste Ausspülung durch das Ost. maxillare oder mittelst Punktion in Betracht, ein therapeutisches Verfahren, welches bei den oberen Nebenhöhlen in akuten Fällen nur ausnahmsweise Anwendung finden soll. Nicht unerwähnt will ich ferner lassen den heilbringenden Wert des Klimawechsels, des Ortswechsels, welch letzterer nicht selten prolongierte akute entzündliche Affektionen, welche wenig Neigung zur spontanen Heilung zeigen, imstande ist, zu beseitigen. Wenn auch die überwiegende Mehrzahl der akuten Nebenhöhlenaffektionen durch die erwähnten konservativen Verfahren beseitigt werden kann, so wäre es doch verfehlt, im unbegrenzten Vertrauen auf dieselben die Hand müssig in den Schoss zu legen. Es ist nämlich zu berücksichtigen, dass zuweilen schon bei einer ersten entzündlichen Attacke, sei es infolge der heftigen Virulenz des infektiösen Sekretes, sei es infolge zufällig vorhandener ungünstiger anatomischen Disposition, gefahrdrohende Symptome auftreten können, welche dringend irgend eine der sonst nur bei chronischen Zuständen üblichen Eingriffe erfordern. Des weiteren können bei akuten Infektionskrankheiten, insbesondere bei Scharlach, wie dies aus den Beobachtungen von Preysing (3), H. Tilley (4), Lange (5) und Killian (6) etc. hervorgeht, die schon in einem relativ frühen Stadium auftretenden tiefgehenden

Destruktionsprozesse energische operative Massnahmen erfordern. Auch ist vor Augen zu halten, dass manche akute Entzündungen nur scheinbar erste Attacken sind, vielmehr des öfteren auf chronischem Boden entstanden sind, und als akute Exazerbationen eines chronischen Zustandes mit besonderer Aufmerksamkeit zu verfolgen sind. Nicht zu vergesser ist ferner, dass bei akuter Entzündung der Kieferhöhle auf dentaler Basis nur durch Entfernung der krankmachenden Ursache, also des Zahnes oder eventuell vorhandener erkrankter Knochenteile des Alveolarfortsatzes, ein Erfolg zu erwarten steht. Dass ferner bei akuten Entzündungen auf traumatischer Basis je nach den individuellen Eigentümlichkeiten des Falles ein operativer Eingriff nicht immer vermieden werden kann, ist selbstverständlich.

Viel komplizierter, daher auch mehr diskutiert, sind die das chronische Empyem betreffenden Behandlungsmethoden. Obwohl diese hauptsächlich die mehr oder weniger eingreifenden operativen Massnahmen umfassen, ist es nicht überflüssig darauf hinzuweisen, dass auch hierbei die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden darf. So ist z. B. bei anämischen Personen eine roborierende Diät, bei konstitutionell luetischer Grundlage antisyphilitische Behandlung angezeigt. Das Vorhandensein von Arteriosklerose und Diabetes bedingt eine besonders vorsichtige Indikationsstellung, und die unter dem Symptomenbilde der Ozäna auftretenden Nebenhöhlenaffektionen erheischen überhaupt eine gesonderte Betrachtung.

Um die bei den chronischen Empyemen üblichen Behandlungsmethoden einigermassen übersichtlich darstellen zu können, wird es am zweckmässigsten sein der Reihe nach: 1. die Kieferhöhle, 2. die Stirnhöhle, 3. das Siebbeinlabyrinth, 4. die Keilbeinhöhle, in Betracht zu ziehen.

I. Kieferhöhle.

Was die Behandlung der chronischen Entzündung der Kieferhöhle betrifft, so sei es mir gestattet, die wichtigsten typischen Behandlungsmethoden, von den konservativen zu den radikalen aufsteigend, der Reihe nach darzustellen: 1. Systematische Ausspülung vom ostium maxillare aus oder mittelst der Probepunktion. 2. Die Cowpersche Operation durch den Processus alveolaris. 3. Die Mikuliczsche Operation mit ihren verschiedenen Modifikationen, von welchen die von Claoué (7) die am meisten verbreitete, und die von Réthi (8) die am häufigsten publizierte ist; und zum Schluss die Luc-Caldwellsche Radikaloperation mit ihren verschiedenen Modifikationen hinsichtlich der Erhaltung eines zur Transplantation geeigneten Schleimhautlappens. Ich setze wohl mit Recht voraus, dass die Operations-

technik, welche bei diesen Methoden in Betracht kommt, Allgemeingut aller Rhinologen geworden ist, so dass ich die Schilderung der Operationsmethoden und der bei denselben in Verwendung stehenden Instrumente und ihre Modifikationen übergehen kann.

Wenn man in der rhinologischen Literatur Umschau hält, um zu erfahren, welche der erwähnten Methoden von den Autoren bevorzugt wird, so macht man die Erfahrung, dass fast alle Autoren nur auf eine der Methoden eingeschossen sind, und nur wenige nebstbei noch eine andere Methode üben. Während eine ganze Anzahl zeitgenössischer Rhinologen nur von der Radikaloperation nach Luc-Caldwell eine Heilung erwarten, indem sie der Ansicht huldigen, dass eine chronisch entzündete Schleimhaut nimmermehr zur Norm zurückkehren kann, verwerfen andere dieselbe, indem sie behaupten, dass bei Anlegung einer Daueröffnung im unteren Nasengange, oder nach Ausspülung von einer Öffnung im Processus alveolaris aus, jede erkrankte Schleimhaut spontan ausheilen könne. Nach meiner Ansicht sind die Vertreter beider extremen Anschauungen im Unrecht. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass einerseits auch chronische Empyeme relativ häufig nach Eröffnung von dem Processus alveolaris und von dem unteren Nasengange aus ausheilen können, andererseits eine nicht geringe Anzahl veralteter Empyeme der Kieferhöhle nur nach präziser Ausräumung der erkrankten Schleimhaut von der Fossa canina aus, also nur nach radikaler Operation, der Heilung zugeführt werden kann. Bei einigen Vertretern der extremen Anschauungen finden wir oft recht eigentümliche anatomische und pathologisch-anatomische Vorstellungen. So behauptet Réthi (l. c.) auch endonasal, von einer Bresche der lateralen Nasenwand aus, die erkrankte Schleimhaut aus allen Buchten der Kieferhöhle vollkommen entfernen zu können, und Weil (9), der bekanntlich angibt, mittels Ausspülung durch das Ost. maxillare die meisten chronischen Empyeme heilen zu können, stellt sich vor, dass eine selbst hochgradig chronisch entzündete Schleimhaut mittels dieser Behandlung zur Norm zurückkehren kann.

Für mich ist es indes eine nicht zu bezweifelnde Tatsache, dass alle die in Verwendung stehenden Methoden gelegentlich zu Recht bestehen, und dass alle diejenigen Autoren im Unrecht sind, welche nur eine der Methoden als für alle Fälle geeignet ansehen. Zu diskutieren wäre meines Erachtens nur die Frage, in welchen Fällen die einzelnen Methoden indiziert sind. Ich gebe von vorneherein bereitwilligst zu, dass der individuellen Neigung des Rhinologen für die eine oder andere Methode immer ein gewisser Spielraum einzuräumen sein wird. Nichtsdestoweniger könnte man sich hinsichtlich der Indikation der einzelnen Methoden über die wesentlichsten Punkte

einigen. Ich will versuchen, in kurzen Zügen die durch meine eigene Erfahrung gewonnenen Anschauungen darzulegen[1]).

Vor allem möchte ich hinsichtlich der Cowperschen Operation darauf hinweisen, dass dieselbe für die Mehrzahl der dentalen Empyeme eine unabweisliche Notwendigkeit ist. Die dentalen Empyeme sind aber, wie die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, viel häufiger als wir dies früher anzunehmen die Neigung hatten. Die radiographische Untersuchung des Processus alveolaris hat auch auf dieses Kapitel der Rhinologie fördernd eingewirkt. Es zeigt sich hierbei, dass chronische, mit keinerlei Beschwerden einhergehende Wurzelprozesse ein Empyem der Kieferhöhle unterhalten können. Ich erwähne die Arbeit von Destot 10), meine (11) in der Festschrift des Wiener laryngo-rhinolog. Kongresses (1908) publizierten klinischen Erfahrungen über das dentale Empyem, in welchen ich auf Grund zweier von mir beobachteten Fälle für den Alveolarprozess denselben Infektionsmodus der Durchwanderung, wie dies bei der hinteren Wand der Stirnhöhle und dem Dach der Keilbeinhöhle beobachtet wurde, als einen wahrscheinlich häufiger stattfindenden Vorgang festgestellt habe. Eine kürzlich erschienene Arbeit von dem Zahnarzte Dr. Reinmöller (12) berichtet über eine ganze Anzahl selbstbeobachteter Empyeme dentalen Ursprunges. Die Röntgendurchleuchtung des Processus alveolaris, sowie die elektrische Untersuchung der Zähne, welch' letztere über die Beschaffenheit der Zahnpulpa sehr verlässlichen Aufschluss gibt, werden es uns in Zukunft ermöglichen, den dentalen Ursprung des Kieferhöhlenempyems mit grosser Sicherheit festzustellen. Dass in derartigen Fällen zuvörderst die Entfernung des Zahnes und die Cowpersche Operationsmethode angezeigt sind, liegt in der Natur der Sache. Das Übersehen des dentalen Ursprunges kann den Effekt jedweder anderen, nicht von dem kranken Zahn ausgehender Behandlung illusorisch machen. Ich habe dies erwiesenermassen in zwei meiner Beobachtungen zu verzeichnen, in welchen selbst nach der Radikaloperation der Kieferhöhlenprozess nicht zum Stillstande kam, und erst nach einer viel später infolge einer manifest gewordenen Periostitis nötig gewordenen Zahnextraktion der Prozess in kürzester Zeit ausgeheilt ist.

So sehr ich auch die Cowpersche Methode für Empyeme erwiesen dentalen Ursprunges als unausweichlich halte, so unzweckmässig finde ich sie sonst bei chronischen Empyemen aus anderwertigen, d. h. nicht dentalen Ursachen. Bei diesen lezteren ist entweder die mehr konservative Operationsmethode nach Miku-

[1]) Siehe die Indikationsstellung ausführlich in der III. Auflage meiner „entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase" 1909.

licz (13) in ihren verschiedenen Modifikationen, am besten in der Modifikation von Claoué (l. c.), oder im Falle ihres Versagens die Radikaloperation nach Lnc-Caldwell in ihren verschiedenen Abweichungen, sehr zweckmässig in der Denkerschen (15) Modifikationauszuführen. Ich habe schon gelegentlich der Breslauer Naturforscherversammlung (16) meine guten Resultate mit der modifizierten Mikuliczschen Operation (Resektion der unteren Muschel, grosse Öffnung im unteren Nasengange) mitgeteilt. Eine ganz ansehnliche Zahl chronischer Empyeme ist mittelst dieser Methode geheilt worden. Grundbedingung für die dauernde Ausheilung des Empyems mittelst dieser Methode ist eine breite Kommunikation zwischen Nasen- und Kieferhöhle. Leider machen wir die Beobachtung, dass selbst gross angelegte Öffnungen mitunter sich rasch verengen, so dass nachträgliche Erweiterungen nötig sind.

Die erwähnte modifizierte Mikuliczsche Methode hat unter anderem auch den Vorteil, dass dieselbe selbst im Falle des Nötigwerdens einer nachträglichen Radikaloperation nicht überflüssig gewesen ist, da sie einen Teil der auszuführenden Radikaloperation bildet.

Dass bei hartnäckigen, chronischen Empyemen von vorneherein, oder nach Erfolglosigkeit der konservativen Methoden, nur die Radikaloperation nach Luc-Caldwell zum Ziele führen kann, liegt auf der Hand. Es sind für die Bewertung der erwähnten Radikaloperation folgende zwei Fragen von Bedeutung: 1. Ist der operative Eingriff ein bedeutender und mit Gefahr verbunden? 2. Welches sind die Heilerfolge nach der Radikaloperation? Was die erste Frage betrifft, so liegt die Sache so, dass der Eingriff weder in der Narkose noch in der Lokalanästhesie mit Kokain als eine gefährliche Operation anzusehen ist. Im allgemeinen soll daran festgehalten werden, wenn irgend möglich, die Operation in Lokalanästhesie auszuführen [1]). Nur bei sehr ängstlichen und gegen Kokain besonders ungünstig reagierenden Kranken muss die allgemeine Narkose zur Anwendung gelangen. Im letzteren Falle muss auf die Tamponade der Nasenhöhle und der vorderen Mundhöhle auf der zu operierenden Seite besondere Sorgfalt verwendet werden, damit kein Blut in grösserer Menge in die tieferen Luftwege gelange, denn nur dieser letztere Umstand könnte gelegentlich eine Gefahr bedingen.

Was die zweite Frage, die erreichten Erfolge bei der Radikaloperation der Kieferhöhle betrifft, so ist nach meiner und der Er-

[1]) Siehe die Publikation von v. Eicken (17) und Nager (18) und meine Darstellung in meinem Lehrbuche (19).

fahrung der meisten Rhinologen das Resultat ein ganz vorzügliches, und ist dasselbe in den letzten Jahren noch viel besser geworden, besonders seitdem mittelst der Denkerschen Modifikation die nasale Kommunikation sicherer garantiert wird. Ich habe in früheren Jahren sowohl an eigenen, als auch an von anderen operierten Fällen recht oft Misserfolge gesehen. Diese Misserfolge könnten uns aber nur dann abhalten, die Radikaloperation zu verlassen, wenn wir nicht in der Lage wären, die Ursache der Misserfolge zu erkennen und dieselben zu vermeiden. Dies ist aber zumeist möglich gewesen. Nach meiner vieljährigen Erfahrung habe ich nun gesehen, dass die meisten Misserfolge bei der radikalen Operation der Kieferhöhle auf technisch mangelhafte Ausführung der Operation zurückzuführen sind. Die mangelhafte Technik bezieht sich hierbei hauptsächlich auf zwei Punkte: 1. Auf die ungenügende Inspektion des Höhleninneren während der Operation, also auf das Übersehen von erheblich erkrankten Schleimhautpartien in den Nischen und Buchten der Kieferhöhle. Diese Ursache des Misserfolges muss meines Erachtens häufig vorkommen bei jenen Operateuren, deren grösster Ehrgeiz nicht in einer genauen, nach wiederholtem Austupfen der Höhle vorgenommenen Inspektion der Höhle, sondern in der Aufstellung von kürzesten Zeitrekorden besteht. 2. In der nicht genügend weiten Anlage der nasalen Kommunikation der Kieferhöhle. Es kann nicht oft genug betont werden, dass erst eine dauernd grosse nasale Kommunikation diejenigen Bedingungen schafft, welche sowohl die Heilung ermöglichen, als auch das Auftreten von Rezidiven verhindern.

Ausser den auf die erwähnten technischen Fehler zurückzuführenden Misserfolgen können letztere noch durch drei weitere Ursachen bedingt werden:

1. Durch Reinfektion der radikal operierten Kieferhöhle infolge des Eiters anderer erkrankten Nebenhöhlen derselben Seite, eine Beobachtung, über welche in den letzten Jahren die meisten über die Radikaloperation der Kieferhöhle referierenden Autoren berichten. Daraus geht hervor, dass gleichzeitig oder bald nach Operation der Kieferhöhle anderweitige in der Nasenhöhle vorhandene Eiterherde eliminiert werden müssen. 2. Schlechte, oder nur sehr unbefriedigende Resultate gibt die Radikaloperation der Kieferhöhlenempyeme der mit Ozäna behafteten Individuen, woraus wieder hervorgeht, dass wir in den erwähnten Fällen uns mit der Kanalisation der Kieferhöhle behufs Ausspülung nach irgend einer der konservativen Methoden begnügen sollen. 3. Nützt die Radikaloperation in solchen Fällen nichts, in welchen der dentale Ursprung übersehen wurde, wie ich dies in zwei meiner beobachteten Fälle zu beklagen habe.

II. Stirnhöhle.

Dass die bei der Erkrankung der Stirnhöhle anzuwendenden Massnahmen auch gleichzeitig die mit dem Ausführungsgang der Stirnhöhle in enger anatomischer Beziehung stehenden Infundibularzellen und das vordere Siebbeinlabyrinth betreffen, ist selbstverständlich. Auch hier wollen wir die akuten und chronischen Entzündungen gesondert betrachten.

Die Behandlung der meisten akuten Stirnhöhlenentzündungen umfasst alle die bei der Allgemeinbehandlung erwähnten Massnahmen, wie Aspirinkur, Bettruhe, Lüftung des mittleren Nasenganges mittelst Kokain-Adrenalin, Luftdusche, Saugmethode etc., später Ort- und Klimawechsel. Die meisten der erwähnten lokal anzuwendenden Methoden bezwecken die Förderung des Sekretabflusses aus der Stirnhöhle, in der durch die Erfahrung bestätigten Voraussetzung, dass der Abfluss des Sekretes in den meisten Fällen eine Spontanheilung der entzündeten Schleimhaut zur Folge hat. Nur in einer relativ geringen Anzahl der beobachteten Fälle ist zur Behebung der Stauung die Resektion der mittleren Muschel, oder die einfache Trepanation am inneren Ende der Augenbraue nötig. In einer noch geringeren Anzahl von akuten Stirnhöhlenentzündungen, nämlich nur in denjenigen, in welchen der Prozess sehr bald Neigung zeigt auf die knöchernen Wände überzugehen, insbesondere zerebrale Komplikationen zu bedingen, ist die Anwendung auch der sonst nur bei chronischen Entzündungen üblichen Operationsverfahren angezeigt.

Wir kommen nun zur Behandlung der chronischen Stirnhöhlenempyeme, zu dem heikelsten und, wie mir scheint, am meist diskutierten Kapitel der Rhinologie. Es müssen unter diesen Fällen von vorneherein zweierlei Formen unterschieden werden. 1. Die Mehrzahl der Fälle, bei welchen nur Kopfschmerz und Eiterung vorhanden sind, ohne Zeichen irgendwelcher Komplikationen. 2. Solche Fälle, bei welchen schwere Komplikationen seitens der Orbita oder des Zerebrum vorhanden oder zu fürchten sind.

1. Was nun die erste Serie der Fälle betrifft, so ist das hauptsächlichste Mittel zu ihrer Behandlung der endonasale Weg. Die hochreichende Resektion der mittleren Muschel, die Ausräumung der in dem mittleren Nasengang vorhandenen Hypertrophien, die eventuelle Geradestellung einer hochsitzenden Septumdeviation sind diejenigen Mittel, welche, mit Geduld seitens des Kranken und des behandelnden Arztes gepaart, in der Mehrzahl der Fälle entweder Heilung oder erhebliche Besserung herbeiführen[1]). Dagegen hege ich

[1]) Siehe meinen Vortrag in der Dresdner Naturforscherversammlung (20).

einen grossen Skeptizismus gegen die Nützlichkeit der von meinen sehr geehrten Kollegen Ingals (21) und Grant (22) empfohlenen Kanülen, welche durch den Ductus nasofrontalis geschoben, den Abfluss des Stirnhöhlensekretes sichern sollen.

In den unkomplizierten Fällen ist jedenfalls zuvörderst keine Indikation zur Radikaloperation vorhanden, selbst wenn die Heilung nur sehr langsam und zögernd vor sich geht. Es ist unmotiviert, in derartigen unkomplizierten Fällen durch das Schreckgespenst der zerebralen und orbitalen Komplikationen zur Radikaloperation zu drängen, da ernste Komplikationen allem Anscheine nach in diesen auf endonasalem Wege gebesserten Fällen nicht aufzutreten pflegen. Ich halte auch dafür, dass das Resultat der endonasalen Behandlung erst nach längerer Zeit, erst nach Ablauf von Wochen und Monaten, und nicht schon wenige Tage nach der endonasalen Behandlung, eingeschätzt werden soll. Viele meiner in früheren Jahren wegen chronischen Stirnhöhlenempyems anfangs ohne sichtbaren Erfolg endonasal behandelten Fälle, bei welchen ich den Moment für die auszuführende Radikaloperation als gekommen erachtet habe, entzogen sich meinen Ratschlägen und heilten noch nach Monaten und Jahren ohne jede weitere Behandlung aus. Diese und ähnliche Erfahrungen beweisen, dass das Drängen zur Radikaloperation nicht am Platze, dagegen geduldiges Zuwarten um so mehr anzuraten ist.

2. In denjenigen Fällen indes, in welchen von vorneherein schwere Komplikationen oder ein Verdacht auf dieselben, ferner in solchen Fällen ohne Komplikation, bei welchen trotz versuchter endonasaler Behandlung die heftigen Kopfschmerzen jede Arbeitsfähigkeit unterbinden, ist die Indikation für die Radikaloperation der Stirnhöhle vorhanden. Die Schilderung der Radikalmethoden der Stirnhöhle, wie dieselben sich seit den letzten 20 Jahren entwickelt haben, werden Sie mir erlassen können, um so mehr als ich dies sowohl in meinem Beitrag zur Festschrift des Wiener Laryngologen-Kongresses (23) als auch im Referat der Naturforscherversammlung zu Köln (24) getan habe. Ich habe bei den erwähnten Gelegenheiten angeführt, wie die radikale Methode, von der einfachen Trepanation angefangen, sich allmählich entwickelt hatte, wie die partielle Abtragung der Vorderwand der Stirnhöhle [Kocher (25), Luc-Ogston (26)] der totalen Entfernung der Vorderwand der Stirnhöhle [Kuhnt (37)] weichen musste, wie auch diese nicht für alle Fälle genügte, indem von dem nicht verödeten orbitalen Recessus aus Rezidiven eingetreten sind. Auch habe ich schon bei den genannten Gelegenheiten angeführt, dass zuerst Riedel (28) an schweren, wiederholt rezidivierenden Fällen von chronischer Stirnhöhlenentzündung die gegenwärtig geltende

chirurgische Grundlage der Radikaloperation geschaffen. Letztere besteht, nebst der Entfernung der vorderen und unteren Wand der Stirnhöhle, in der Resektion eines Teiles des aufsteigenden Fortsatzes des Oberkiefers. Auf letzterer Grundlage entwickelte sich die jetzt in Übung stehende Killiansche Methode (20), welche sich von der Riedelschen Methode, nachdem die Erhaltung des nasalen Schleimhautlappens als unwesentlich erkannt wurde, und die Ausführung der primären Naht nur bedingungsweise gestattet wird, nur durch Erhaltung der knöchernen Orbitalspange sich unterscheidet. Für die Killiansche Operationsmethode sind zahlreiche Modifikationen vorgeschlagen worden, von welchen nur die gelegentliche Ablösung der Trochlea samt der Periorbita von Eschweiler (30), mir und von v. Wildenberg (31) angegeben, bei Vorkommen von tiefen Orbitalbuchten als zu Recht bestehend angesehen werden mag. Zahlreiche angeregte Modifikationen von Toubert und Jaques (32), Tilley (33), Ritter (34) etc. gehen alle darauf aus, entweder die vordere oder untere Stirnhöhlenwand zu schonen.

Nach meiner Meinung rütteln diese letzteren Modifikationen an den wesentlichen zwei Anforderungen, welche die Verödung der Stirnhöhle bedingen, nämlich 1. an der vollständigen Zugänglichkeit aller Buchten, welche nur durch totale Entfernung der Vorderwand herbeigeführt werden kann; 2. an der Möglichkeit der Verödung einer tiefen Orbitalbucht, welche wieder die Entfernung der orbitalen Wand erfordert. Aus diesen Gründen halte ich die angeregten Modifikationen für einen Nachteil und keinen Fortschritt.

Die Bestrebungen, den kosmetischen Effekt der Stirnhöhlenoperationen zu verbessern, riefen die osteoplastische Methode hervor, welche sich indes sowohl bei mir als auch bei anderen Autoren als zwar technisch schwierig, dafür aber in ihrem Endergebnisse als sehr unzuverlässig ergeben hat. Die Entstehung von toten Räumen lässt viele der scheinbar geheilten Fälle bald rezidivieren. Nur nebstbei will ich noch erwähnen, dass Hinsberg (35) in einem Falle mit der Mosetigschen Methode, die Stirnhöhle mittelst Jodoformplombe zur Verödung zu bringen, Schiffbruch erlitten hat, und Citellis (36) Experimente an Hunden, die Stirnhöhle mit Hilfe jodoformierten Paraffins zu unterdrücken, für den Menschen noch nicht spruchreif ist.

Nun kommen wir zu dem wichtigsten und meiner Ansicht nach vorläufig am wenigsten geklärten Kapitel der Stirnhöhlenoperationen. Welche Erfolge weisen die Radikaloperationen auf? Ich erlaube mir diese Frage in zwei Fragen zu zerlegen und wie folgt, zu formulieren:

1. welche Gefahren hat die Operation? und 2. welche Erfolge sind bisher erzielt worden?

Was die erste Frage betrifft, so kann die traurige Tatsache nicht unterdrückt werden, dass ein sichtbarer Effekt der in Übung stehenden Radikaloperationen in den letzten Jahren darin besteht, dass wir in unsere Statistiken der Stirnhöhlenoperationen ein neues Kapitel haben einfügen müssen, und dieses Kapitel lautet: die postoperativen zerebralen Komplikationen, d. h. durch die Operation unmittelbar oder mittelbar ausgelöste tödliche Zerebralkomplikationen. Gerber (37) hat in seinem Ende 1908 erschienenen Buch 36 derartige, bisher publizierte Fälle zusammengestellt, zu welchen indes seither schon wieder eine Anzahl neuer derartiger Fälle zu zählen ist. Bisher sind mir noch drei weitere Fälle von der Chiarischen Klinik (38) bekannt geworden, und ich (39) selbst, der ich noch in der vorjährigen Naturforscherversammlung unter 39 Fällen von Radikaloperationen der Stirnhöhle auf keine tödliche Komplikation hinweisen konnte, erlebte dieselbe seither in zwei aufeinanderfolgenden Fällen (Fälle 43 und 44).

Die Operation der erwähnten tödlich verlaufenden zwei Fälle bot nicht einmal besondere technische Sahwierigkeiten dar, und die Krankheitsfälle zählen durchaus nicht zu den schweren der in meiner Statistik enthaltenen Fälle. Der erste Fall betraf noch dazu unglücklicherweise einen Kollegen, der an der linken Stirne eine rezidivierende Fistel nach einer bereits früher stattgehabten, anderweitig vorgenommenen Radikaloperation hatte. Am sechsten Tage nach der typisch verlaufenen Operation entstand eine subperiostale Phlegmone, welche nach rechts überging und trotz breitester Spaltung zu einem intraduralen Abszess und nach weiterer breiter operativer Eröffnung der Dura zu letalem Ausgang führte. Der zweite Fall betraf einen über 50 Jahre alten Mann mit einer sehr umfangreichen Stirnhöhle, welche sehr dünne Knochenwände hatte. Die Operation verlief äusserst typisch; die Stirnhöhle wurde nasalwärts und von aussen, an letzterer Stelle angesichts der grossen Ausdehnung der Höhle, zweifach drainiert. Eine akute septische Meningitis führte innerhalb drei Tagen zu letalem Ausgange. Diese Unglücksfälle ereigneten sich also in Fällen, in welchen allem Anscheine nach früher keine Zerebralkomplikation vorhanden war, und dies zu einer Zeit, wo meine Technik und Sorgfalt sicher schon vollkommener waren als zur Zeit der früher operierten Fälle. Gerber (l. c.) sucht durch Analyse der von ihm mit anerkennenswertem Fleisse gesammelten 36 Fälle, die Anzahl dürfte inzwischen 50 erreicht haben — den Beweis zu erbringen, dass in den meisten Fällen der letale Ausgang nicht der

Operation als solcher, sondern gewissen begleitenden Umständen zuzuschreiben sei. Ich halte diese versuchte Beweisführung Gerbers hinsichtlich der meisten Fälle für misslungen. Wenn er anführt, dass in einer grossen Anzahl der Fälle die Komplikation mit anderen Nebenhöhleneiterungen, in einer anderen Reihe von Fällen die besondere Dünne der Wände der Stirnhöhlen und des Siebbeinlabyrinthes die Schuld getragen; wenn er dann des weiteren anführt, dass man in einer Reihe von Fällen zu wenig, in anderen wieder zu radikal operiert hat, wodurch der letale Ausgang zu erklären sei, dann beweist er eben meines Erachtens gerade, dass die individuellen Verhältnisse bei der Erkrankung der Stirnhöhle äusserst mannigfaltig, das operative Vorgehen in bezug auf Extensität nicht klar zu bestimmen sei, und dass gerade deshalb die Operation als eine sehr ernste, delikate, und nicht wie Gerber meint, als eine Operation wie jede andere zu bezeichnen sei. Schon Moure (49) hat früher einmal betont, dass die Operation nur mit äusserster Vorsicht und Reserve vorzunehmen sei; ich stimme mit ihm vollkommen überein, und halte die Gerberschen Schlussfolgerungen, welche dahin ausklingen, dass man die Todesfälle nach Stirnhöhlenoperationen nur als solche vereinzelte Unglücksfälle anzusehen habe, wie sie keinem Gebiete operativer Tätigkeit erspart bleiben, für eine denn doch nicht durch die vorliegenden Tatsachen begründete. Ich möchte im übrigen nicht unerwähnt lassen, dass sich Gerber durch die kritische Analyse der einzelnen Fälle ein grosses Verdienst erworben hat.

Die Stirnhöhle und das Siebbeinlabyrinth sind vermöge der unmittelbaren Nachbarschaft des Gehirns und vermöge der zahlreichen Gefässanastomosen, welche zwischen Nasenhöhle und Gehirnhäuten bestehen, schon von vorneherein eine ganz besonders empfindliche Gegend. Jeder operative Eingriff an dieser Gegend kann, indem es sich ja fast immer um eiterige Prozesse handelt, durch Auftreten einer stärkeren entzündlichen Reaktion der Umgebung schon zu ernsten Konsequenzen führen, und zwar durch eine Reaktion, welche in anderen Körperregionen schlimmstenfalls nur eine Verzögerung der Heilung um einige Tage bedingt. Man kann die Dinge noch so sehr beschönigen, es ist eine nicht zu bezweifelnde Tatsache, dass eine ganze Anzahl früher unkomplizierter Stirnhöhleneiterungen infolge der Operation an Zerebralkomplikationen gestorben ist.

Diese Tatsache liegt nun einmal vor, und wir dürfen nicht scheuen, uns mit ihr auseinanderzusetzen.

Vor allem möchte ich aber kein Missverständnis aufkommen lassen! Trotz meines geäusserten Standpunktes, dass die Stirnhöhlen-

operation vorläufig als ein hochernster Eingriff zu betrachten sei, liegt es mir sehr ferne, dieselbe in Misskredit bringen zu wollen. Ich bin vielmehr der Meinung, dass die Radikaloperation der Stirnhöhle, besonders in der von Killian angeführten Anlage als eine segensreiche und unter gegebenen Umständen lebensrettende Operation anzusehen ist; des weiteren stellt dieselbe in der Mehrzahl der chronischen, auf endonasalem Wege unheilbaren Fälle, einen die Heilung mit grosser Wahrscheinlichkeit verbürgenden und kosmetisch sehr zufriedenstellenden Eingriff dar. Sie indes als einen harmlosen Eingriff hinzustellen, geht vorläufig nicht an; gerade weil die Methode in vieler Hinsicht eine befriedigende ist, müssen wir darnach streben, ihre Gefährlichkeit zu vermindern.

Die wichtigste Frage, welche hierbei zur Beantwortung drängt, ist die folgende: Geben uns die bisher beobachteten Fälle von postoperativer Zerebralkomplikation genügende Anhaltspunkte darüber, welchem Umstande die Zerebralkomplikation zuzuschreiben ist, also Belehrung, wie solche Komplikationen in Zukunft zu vermeiden wären? Die Antwort lautet: Nur teilweise. Wir vermuten, dass andere gleichzeitig vorhandene eiterige Herde eine sekundäre Infektion leichter hervorrufen; die bisherigen Erfahrungen haben uns gezeigt, dass eine primäre Naht nur teilweise, und im ganzen Umfange lieber gar nicht, anzuwenden sei [1]. In einer Reihe von hierhergehörigen Fällen hat die Obduktion konstatiert, dass die zerebrale Komplikation nicht von den operierten Gebieten der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen, sondern von den übersehenen, und daher bei der Operation nicht berücksichtigten Siebbeinzellen, beziehungsweise von der Keilbeinhöhle, ausgegangen sind [2].

Diese Erfahrung gebietet uns, vor Ausführung der Operation durch Benützung aller zu Gebote stehenden diagnostischen Massnahmen den Umfang des erkrankten Gebietes festzustellen, um wo möglich alle Herde auf einmal, jedenfalls in nicht allzugrossen Intervallen, breit zu eröffnen, damit keine Eiterstagnation entstehe.

Dass eine ganze Anzahl operativer Komplikationen augenscheinlich aus der Verletzung oder vollkommener Blosslegung des Daches der Siebbeinzellen und der Lamina cribrosa resultiert, darüber möchte ich mit Gerber (l. c.) übereinstimmen.

Diese letztere Erkenntnis mahnt uns bei der Ablösung des mukoperiostalen Überzuges der Siebbeinzellen vom Dache des Siebbeinlabyrinthes zu besonderer Vorsicht, da der Knochen an dieser Stelle

[1]) Siehe die Diskussion in den Berichten des Wiener laryngologischen Kongresses. 1908.

[2]) Siehe die Gerbersche Statistik.

häufig von äusserster Zartheit ist. Sollte überhaupt nicht als Regel aufgestellt werden, das Dach des Labyrinthes, selbst auf Kosten der Gründlichkeit der Entfernung des mukoperiostalen Überzuges, welches ja den Schutz gegen die Fortpflanzung der Infektion zerebralwärts bildet, zu schonen? Durch das Überbleiben eines kleinen Restes des verdickten mukoperiostalen Überzuges würden kaum erhebliche Störungen hinsichtlich der definitiven Heilung erfolgen, wenn nur die Eiterherde insgesamt breit eröffnet und nasalwärts genügend kanalisiert sind.

Es wäre für mich eine grosse Genugtuung, wenn recht viele der hier anwesenden Fachkollegen zu dieser letzteren Frage sich äussern würden. Indem wir die vorgekommenen postoperativen Unglücksfälle in ihrer vollen Tragweite anerkennen und bestrebt sind, die Ursachen derselben ausfindig zn machen, haben wir das einzige Mittel in der Hand, die Methode zu verbessern, sie ungefährlicher zu gestalten und die Indikation zu ihrer Anwendung auf eine möglichst breite Basis zu stellen. Solange dies aber nicht der Fall ist, müssen wir die Indikation zur Radikaloperation der Stirnhöhle einschränken und dieselbe nur in den schweren Fällen anwenden. Ich möchte meine durch die gegenwärtige Sachlage bedingte Anschauungen über die Indikation zur Radikaloperation der Stirnhöhle noch einmal kurz in folgenden zwei Punkten resümieren.

1. Die Radikaloperation der Stirnhöhle ist in allen jenen Fällen indiziert, bei welchen bereits Orbital- und Zerebralkomplikationen eingetreten sind oder solche zu befürchten sind, ferner in denjenigen Fällen, in welchen bereits die knöcherne Wandung ergriffen ist.

2. In chronischen unkomplizierten Fällen ist die Radikaloperation nur dann indiziert, wenn trotz ausgiebiger endonasaler Behandlung erhebliche Beschwerden, wie profuse Eiterung und intensive Kopfschmerzen zurückgeblieben sind, welche die Arbeitsfähigkeit stören. In der grossen Mehrzahl der chronischen Fälle, bei welchen die endonasale Behandlung eine Besserung, wenn auch keine Heilung herbeigeführt hat, ist zur Zeit die Radikaloperation nicht indiziert.

III. Siebbeinlabyrinth.

Die Darstellung der Behandlung der Siebbeineiterung stösst auf grössere Schwierigkeiten wie die der Stirnhöhle. Diese Schwierigkeit ist zum grössten Teile in den komplizierten anatomischen Verhältnissen des Siebbeinlabyrinthes gelegen, welches aus einem Komplex von teilweise isolierten, teilweise miteinander kommunizierenden Hohl-

räumen besteht. Dies hat zur Folge, dass wir nebst der Betonung des akuten oder chronischen Charakters des Prozesses, noch darauf Rücksicht nehmen müssen, ob nur einzelne oder mehrere Zellen, oder gar das ganze Labyrinth erkrankt sind. Wenn ich noch hinzufüge, dass hierbei die verschiedenen Teile des Siebbeinlabyrinthes in einem verschiedenen Stadium der Erkrankung sich befinden können, indem in einzelnen Zellen eine geschlossene, während in anderen eine offene Eiterung vorhanden ist, dann wird es begreiflich erscheinen, dass fast in jedem Falle, entsprechend der gerade vorhandenen Art der erwähnten Kombinationen, eine individualisierende Behandlung platzgreifen muss.

Wir wollen die Behandlungsmethoden vor allem von dem Gesichtspunkte aus, ob der Prozess akut oder chronisch ist, erörtern.

Die Behandlung der akuten Fälle unterliegt den im allgemeinen Teile erwähnten Prinzipien, welche ich hier nicht wiederholen will. Nur relativ selten kommt es schon im akuten Stadium, ähnlich wie dies zuweilen auch bei der Stirnhöhle der Fall ist (zumeist bei Skarlatina, seltener bei Influenza) zu Affektionen der knöchernen Wände des Labyrinthes, zu Periostitis und Dilatation der Labyrinthwände, nasalwärts und orbitalwärts und zu drohenden Symptomen. In diesen Fällen wird selbstverständlich die Allgemeinbehandlung nicht ausreichen, sondern man wird, je nach den vorliegenden Verhältnissen, endonasal oder von aussen eingreifen müssen. Bei vorhandenen Stauungserscheinungen, wenn noch keine ausgesprochene Nekrosierung des Knochens vorhanden ist, bewirkt in vielen Fällen die endonasale Eröffnung rasches Zurückgehen der Symptome und der Verdrängungserscheinungen des Bulbus (Grünwald [41], Hajek [42], Schmiegelow [43] etc.). Vor wenigen Monaten habe ich (44) in der Heymannschen Festschrift einen Fall veröffentlicht, in welchem ein nach akuter Entzündung des Siebbeinlabyrinthes entstandener Exophthalmus nach endonasaler Eröffnung fast augenblicklich zurückging. In anderen Fällen von frühzeitiger Beteiligung des Knochengerüstes wird nur die äusserliche Operation, und zwar eine der Beschaffenheit des jeweiligen Falles angepasste, zumeist also atypische Operationsmethode am Platze sein.

Die Methoden bei der Behandlung der chronischen Eiterung des Siebbeinlabyrinthes richten sich nach den vorliegenden Verhältnissen. Die Mehrzahl der chronischen Siebbeinlabyrintheiterungen geht mit teils diffuser, teils zirkumskripter polypöser Wucherung der Siebbeinschleimhaut einher. Daneben befinden sich teils offene, teils geschlossene Eiterungen einzelner Zellen oder ganzer Labyrinthabschnitte. Wir verwenden hierbei die verschiedenen Dopelküretten

von Grünwald (l. c.) und Hartmann (45), besonders die vorzügliche flache Lucsche Zange, mit welch letzterer nach einiger Übung sich recht vorzüglich arbeiten lässt. Dass hierbei zumeist die hyperplastistische und den Eingang in die Siebeinzellen hindernde mittlere Muschel fallen muss, ist selbstverständlich. Zur Eröffnung der Siebbeinzellen benütze ich meinen Haken, dessen neueste Form ich hier zeigen will. Der Haken eignet sich indes nur zur Einleitung der operativen Massnahmen, zur Eröffnung der Siebbeinzellen. Zur Entfernung der ausgebrochenen Splitter müssen die gut fassenden Zangen verwendet werden.

Viel wichtiger als die detaillierte Empfehlung einzelner Instrumente, welche in der Hand verschiedener Operateure verschieden günstig bewertet werden, ist die Befolgung einiger wichtiger Prinzipien hinsichtlich der Art der endonasalen Operation. Diese sind folgende: 1. Der Umfang der in einer Sitzung zu vollendenden Eingriffes. 2. Die Grenze der endonasalen Zugänglichkeit des Siebbeinlabyrinthes. 3. Das Einhalten von Intervallen. 4. Die Nachbehandlung. So wichtig auch meiner Ansicht nach die detaillierte Besprechung dieser Fragen wäre, weil sie eigentlich den grössten Teil der rhinologischen Technik betreffen, muss ich aus begreiflichen Gründen mich doch nur auf eine allerknappste Darstellung beschränken.

Ad 1. Das Mass des in einer Sitzung auszuführenden Eingriffes hängt von der individuellen Toleranz des Kranken, von der Intensität der die Orientierung hindernden Blutung und der Geschicklichkeit des Operateurs, nicht in letzter Instanz von der Weite der Nase ab. Jedenfalls muss in einer operativen Sitzung zumindest eine ausgiebige Eröffnung der den Eiter enthaltenden Siebbeinzellen erfolgen, da bei ungenügender Eröffnung die infolge der Operation regelmässig folgenden reaktiven Schwellungen erst recht eine Stauung und nicht ungefährliche Komplikationen bedingen können. Wenn infolge einer bestehenden Septumdeviation die genügende Zugänglichkeit der Siebbeinzellen von vorneherein zweifelhaft ist, so soll früher das Septum korrigiert werden. Bietet ferner das Benehmen des Kranken keine genügende Gewähr für einen eventuellen, da mit Vorsicht auszuführenden, länger dauernden Eingriff, dann ist es besser den Eingriff in Narkose nebst lokaler Applikation von Adrenalin auszuführen. Nach vollendeter Operation soll die Wundhöhle mit 3 % Wasserstoffsuperoxyd abgetupft, im übrigen jede festere Tamponade, weil gefährlich, vermieden werden.

Ad 2. Endonasale Zugänglichkeit der Siebbeinzellen. Mit Ausnahme der hochliegenden Infundibularzellen und der endonasal unzugänglichen Frontalzellen (unter welchen ich sowohl

die gegen die Stirnhöhle als die gegen die Orbita ragenden Zellen verstehe), ist das Siebbeinlabyrinth gut zugänglich.

Bei endonasaler Behandlung ist auf zweierlei besonders zu achten: Erstens, dass man das Dach des Labyrinthes, welches teilweise von der dünnen Fortsetzung der Lamina cribrosa gedeckt ist, unberührt lasse, selbst wenn es sich zeigen sollte, dass sich die entzündlich verdickte Schleimhaut dahin fortsetzt. Zweitens ist bei der Entfernung der vordersten, dem Hiatus angrenzenden, oder der in letzterem selbst liegenden Siebbeinzellen besondere Vorsicht deshalb angezeigt, weil der Breitedurchmesser dieser Zellen bestenfalls nur einige Millimeter beträgt, so dass eine Verletzung der Lamina papyracea oder des Tränenbeines leicht zustande kommt und von entzündlichen Erscheinungen und von Emphysem der Orbita begleitet zu sein pflegt. Diesen letzteren Unfall habe ich bei Anfängern öfters beobachtet. Zum Glück schützt das Orbitalfett fast immer erfolgreich den Bulbus.

Ad 3. Intervalle zwischen den operativen Eingriffen. Da bei einiger Ausbreitung des entzündlichen Prozesses im Siebbeinlabyrinth mehrere Eingriffe nötig sind, um alles Krankhafte zu entfernen, so ist als Regel aufzustellen, dass die Eingriffe nicht in kurzen Intervallen aufeinander folgen dürfen.

Man muss warten bis die durch den ersten Eingriff bedingte Reaktion grösstenteils vorbei ist, ehe man zu dem zweiten Eingriff schreitet. Im gegenteiligen Fall summieren sich die Reaktionen und es können gefahrdrohende Komplikationen auftreten.

Ad 4. Nachbehandlung. Die Nachbehandlung soll in öfterem Lapisieren der Wundhöhle und in der von Zeit zu Zeit auszuführenden Kontrolle bestehen, ob nicht an der einen oder der anderen Stelle in Form von neuen polypösen Wucherungen ein Rezidiv im Zuge ist.

Die unter dem Symptomenbilde der Ozäna auftretenden eiterigen Entzündungen des Siebbeinlabyrinthes zeichnen sich durch ihre besondere Hartnäckigkeit aus. Ihre Behandlung soll eine mehr symptomatische sein, da der Effekt der operativen Behandlung im grossen Missverhältnis zu dem erreichten Resultate steht. Dagegen bedeutet jedenfalls die Erweiterung der Nasenhöhle infolge der Entfernung knöcherner Gebilde einen sicheren Nachteil. Freilich muss im Falle von Stauung des Sekretes oder Eingriffensein der knöchernen Wandung auch hier operativ eingegriffen werden.

Aus der bisherigen Darstellung ist es schon ersichtlich geworden, dass die endonasale Technik behufs Ausräumung des Siebbeinlabyrinthes ihre Grenzen hat. Bei schweren Eiterungen der Infundibular- und

Frontalzellen wäre es eine Vermessenheit, in diese Gebilde endonasal eindringen zu wollen. In diesen Fällen wird nur eine Operation von aussen, ohne bedeutende Gefahr zu involvieren, zum Ziele führen.

Der zu wählende Eingriff wird davon abhängen, ob der erwähnte Teil des Siebbeinlabyrinthes für sich allein erkrankt ist, oder wie dies in der Mehrzahl der Fälle zu sein pflegt, mit einer Eiterung der Stirnhöhle kombiniert ist. Im ersteren Falle wird mittelst eines von dem inneren Augenbrauenrande bis auf die Mitte des Processus frontalis geführten Schnittes der Processus frontalis und die innere Partie der unteren Stirnhöhlenwand frei gelegt und der Zugang zum Siebbeinlabyrinth gebahnt. Im zweiten Falle, d. h. bei bestehender Komplikation mit einer Stirnhöhleneiterung, wird derselbe Eingriff als ein integrierender Teil der Killianschen Stirnhöhlenoperation ausgeführt.

Nicht zu vergessen ist, dass die Entzündung des Siebbeinlabyrinthes nur selten für sich allein, sondern häufiger in Gemeinschaft mit der Erkrankung der anderen Nebenhöhlen auftritt, wodurch die Bestimmung der Art des operativen Eingriffes des öfteren von einer anderen Nebenhöhle gegeben wird. Dies hat zur Folge, dass wir mitunter auch ein nicht hochgradig erkranktes Siebbein durch äussere Operation angehen, wenn die andere hochgradig miterkrankte Nebenhöhle, gewöhnlich die Stirnhöhle, eine äussere radikale Operation erfordert.

Ebenso leicht lässt sich gelegentlich der Radikaloperation der Kieferhöhle der grösste Teil des Labyrinthes (mit Ausnahme der Infundibular- und Frontalzellen) mitentfernen [Jansen (46), Furet (47)].

Erwähnt muss noch werden, dass die Operation der mit Knochenveränderungen der Papierplatte einhergehenden Siebbeinerkrankungen sich gewöhnlich atypisch gestalten wird, indem die Art des Schnittes und die Extensität der Ausräumung von vorneherein durch die Lage einer eventuell vorhandenen Fistelöffnung beziehungsweise Umfang der vorhandenen Nekrose vorgezeichnet ist.

Bei Erkrankung des grössten Teiles des knöchernen Rahmens des Siebbeins ist die totale Ausrottung des Siebbeines, die Ethmoidektomie, nach Guisez (48), indiziert.

IV. Keilbeinhöhle.

Die akute Entzündung der Keilbeinhöhle, gewöhnlich als Teilerscheinung einer Influenzainfektion, unterliegt denselben therapeutischen Regeln wie die anderen akuten Nebenhöhlenaffektionen. Die zuweilen vorhandene besondere Enge der Fissura olfactoria

und des Ost. sphenoidale machen die Lüftung der Fissur mittelst in die Fissur eingelegten Kokain-Adrenalinbausches nötig, um den Sekretabfluss zu erleichtern. In ähnlichem Sinne wirkt die Luftdusche und die Sondermannsche Saugtherapie. Nur ausnahmsweise dürften in primären akuten Fällen noch weitere Manipulationen nötig sein, wie z. B. die Entfernung des hinteren Endes der mittleren Muschel; dies dürfte nur in Fällen von sehr starker Verengerung der Fissur infolge hochsitzender Septumdeviation in Betracht kommen. Auch die Ausspülung der Keilbeinhöhle soll nur in jenen akuten Fällen ausgeführt werden, in welchen dieselbe ohne erhebliche traumatische Irritation möglich ist, da sie sonst eine verhältnismässig intensive reaktive Schwellung bedingt. Bei käsiger Eindickung des Eiters wird die Ausspülung wohl unentbehrlich sein.

Die Behandlung der chronischen Empyeme ist verschieden, je nach der individuellen Beschaffenheit des vorliegenden Falles. Es kommt hierbei nicht nur auf die Intensität und Extensität der vorliegenden Eiterung, sondern auch auf den Umstand an, welche spezielle anatomische Verhältnisse jeweilig vorliegen. Denn das wichtigste Moment bleibt bei der Behandlung aller Keilbeinhöhleneiterungen die Herstellung einer genügend weiten, dauernd funktionierenden Abflussöffnung. Zur Herstellung der letzteren sind mitunter geringere, mitunter indes grössere Eingriffe nötig.

Am einfachsten liegen die Verhältnisse dort, wo die Fissura olfactoria gut zugänglich ist, und das Ost. sphenoidale eine für den regelmässigen Abfluss genügende Weite besitzt. In diesen, allerdings seltenen Fällen, mag eine systematische Ausspülung der Keilbeinhöhle mit von Zeit zu Zeit nachfolgender Lapisinjektion von 1—5% genügen, um erhebliche Besserung oder auch Heilung hervorzurufen.

Leider liegen die Verhältnisse selten so günstig; zumeist ist der Zugang zur Keilbeinhöhle infolge hochgradiger Hypertrophie der mittleren Muschel so eingeengt, dass letztere zumindest in ihrem hinteren Abschnitte, des öfteren auch in toto, reseziert werden muss, um zur Keilbeinhöhle gelangen zu können. Dass hierbei auch eventuell vorhandene Hypertrophien oder Polypen um die Keilbeinhöhle herum entfernt werden müssen, liegt in der Natur der Sache. Denn diese erwähnten Manipulationen haben für die Behandlung der Keilbeinhöhle resp. Keilbeinhöhlen- und hintere Siebbeineiterung dieselbe Bedeutung, wie die Resektion des vorderen Endes der mittleren Muschel und die Ausräumung der Hypertrophien aus dem mittleren Nasengange für die endonasale Behandlung der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen. Da, wie dort genügt des öfteren schon die Freilegung

der Ostien, um den Abfluss herzustellen und die Heilung herbeizuführen.

In einer Anzahl chronischer Empyeme der Keilbeinhöhle ist das Ost. sphenoidale entweder schon von vorneherein eng oder erst durch die entzündliche Anschwellung der Ostiumränder eng geworden. Man sieht nach Freilegung der Vorderwand der Keilbeinhöhle, wie mühsam der dickflüssige Eiter durch das Ostium fliesst. In diesen Fällen muss man das Ostium erweitern. Am zweckmässigsten erscheint mir zu diesem Zweck entweder ein schlanker, scharfer Löffel, oder mein Haken, oder die von Watson Williams (49) gelegentlich des Wiener Internationalen Kongresses demonstrierte schlanke Stanze, oder die elektrische Trephine. Leider ist diesen Erweiterungsversuchen infolge der zumeist ungenügenden Breite des nasalen Teiles der Vorderwand der Keilbeinhöhle nur eine enge Grenze gesetzt. Das infolgedessen nur wenig erweiterte Ost. sphenoidale wird im Laufe der Zeit immer enger und enger, so dass Erweiterungsversuche von neuem begonnen werden müssen, welche schliesslich auch nicht günstiger enden.

Das Bestreben, eine Operationsmethode zu ersinnen, mittelst welcher es gelingt, eine dauernd grosse Öffnung in der vorderen Keilbeinhöhlenwand anzulegen, ist somit allzu berechtigt. Ich habe bereits vor mehreren Jahren eine Methode angegeben, mittelst welcher es fast immer möglich ist, auf endonasalem Wege in der vorderen Wand der Keilbeinhöhle eine derart umfangreiche Öffnung anzulegen, dass dieselbe immer weit bleibt und überdies gestattet, durch Einführung eines röhrenförmigen Spekulums eine ausgiebige Inspektion des Keilbeinhöhleninneren vorzunehmen. Die Methode besteht in der vorangehenden Entfernung der hintersten Siebbeinzelle, durch welche zuvörderst die ganze vordere Wand der Keilbeinhöhle freigelegt wird, während ohne diese Voroperation nur ein sehr schmaler Streifen, die sogenannte Pars nasalis der vorderen Keilbeinhöhlenwand zur Verfügung steht.

Mittelst der bekannten, von mir konstruierten Keilbeinhöhlenstanzen lässt sich die vordere Wand der Keilbeinhöhle in grösstem Umfange abtragen. Die der Operation folgende Blutung hält sich in der Regel in mässigen Grenzen, jedenfalls wird sie niemals gefahrdrohend. Von einer Tamponade soll, wenn irgend möglich, Umgang genommen werden. Am zweckmässigsten wird der Schutz der Wundränder gegen Infektion durch einen in die Keilbeinhöhle geschobenen lockeren Tampon captif nach Guye (50) bewerkstelligt. Der Gebrauch des scharfen Löffels behufs Auskratzung des Keilbeinhöhlenüberzuges soll vermieden werden. Am zweckmässigsten ist es, mit

der Innenbekleidung der erkrankten Keilbeinhöhle konservativ vorzugehen, und nur diejenigen Partien zu entfernen, welche im Verlaufe der Behandlung sich als unverbesserlich zeigen.

Meine Resultate mit der geschilderten endonasalen, breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle sind vorzüglich. Die Besucher meines Ambulatoriums während des I. internationalen Laryngologenkongresses konnten mehrere derartige operierte Fälle, welche bereits seit mehreren Jahren geheilt geblieben sind, besichtigen.

Eine Kontraindikation gegen die endonasale breite Eröffnung der Keilbeinhöhle vom rhinologischen Standpunkte gibt es nicht, da das einzige mögliche Hindernis, ein stark deviiertes Septum, früher korrigiert werden kann. Nichts destoweniger mag es Fälle geben, in welchen die Operation von aussen als die zweckmässigere erscheint. Dies ist der Fall, wenn es sich um kombinierte Empyeme handelt, wobei die äussere Operation für irgend eine der affizierten Nebenhöhlen unumgänglich nötig wird. Wenn z. B. eine Eiterung der Keilbeinhöhle in Kombination mit einer schweren Erkrankung der Stirnhöle oder der Kieferhöhle vorliegt, wobei letztere radikal operiert werden müssen, dann wird die Operation der Keilbeinhöhle in zweckmässiger Weise an die genannten Radikaloperationen angeschlossen werden können. Bei Radikaloperation der Stirnhöhle nach der Killianschen Methode liegt nach Resektion des Processus frontalis bequem der Weg durch das Siebbeinlabyrinth bis zur Keilbeinhöhle vor uns. An die Radikaloperation der Kieferhöhle durch die Fossa canina kann man nach den bereits angegebenen Methoden von Jansen (l. c.) und Furet (l. c.), an der Innenwand der Kieferhöhle durch das Siebbeinlabyrinth hindurch den Weg zur Keilbeinhöhle bahnen. Auch bei der Exzision des Siebbeinlabyrinthes nach Guisez (l. c.) kann gleichzeitig die Keilbeinhöhle breit eröffnet und nasalwärts drainiert werden.

Über die Behandlung des hinteren Siebbeinlabyrinthes ist wenig Spezielles zu bemerken. Entweder wird dasselbe im Anschluss an die Behandlung des vorderen Labyrinthes oder der Keilbeinhöhle mitberücksichtigt, nach den bereits erörterten Methoden der Behandlung des Siebbeinlabyrinthes.

Zum Schlusse möchte ich mir noch die Bemerkung gestatten, dass bei den erwähnten Behandlungsmethoden der Nebenhöhlen, seien dieselben mehr konservativer oder mehr radikaler Natur, die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes des Kranken nicht unterbleiben darf, wenn man häufige Misserfolge und Unglücksfälle vermeiden will. Man soll stets des Umstandes gedenken, dass, wenn auch die Rhinologie wissenschaftlich heute als eine selbständige Disziplin an-

erkannt ist, dieselbe in der Praxis doch nur im innigsten Zusammenhange mit den Grundsätzen der allgemeinen Medizin Erspriessliches zu leisten vermag.

Literatur.

1. Brünnings, Kopflichtbad. Verhandlungen der süddeutschon Laryngologen. 1907.
2. Sondermann, Eine neue Methode zur Diagnostik u. Therapie der Nasenerkrankungen. Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 1 und Kölner Naturforscherversammlung 1908.
3. Preysing, Zeitschr. f. Ohrenheilkunde 1898. Bd. 32.
4. H. Tilley, Journal of laryngolog. 1905.
5. Lange, Akute Empyeme der Nebenhöhle nach Scharlach. Medizinische Klinik. 1906. Nr. 33.
6. G. Killian, Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bei Scharlach. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde LVI. Bd. 1908.
7. Claoué, Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire par la resection large de la partie inférieure de la partie nasale du sinus. Sem. médecin. du 15 Octobre 1902.
8. Réthi, Wiener med. Wochenschr. 1901 und Wiener klin. Wochenschr. 1908.
9. Weil, Wiener mediz. Wochenschr. 1892.
10. Destot, Lyon médicale 1906. Nr. 16.
11. Hajek, Ein Beitrag zur Kenntnis des dentalen Empyems der Kieferhöhle auf Grund meiner Beobachtungen in den letzten 10 Jahren. Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 16.
12. Reinmöller, Das dentale Empyem des Antrum Highmori. Rostock 1908.
13. Mikulicz, Zur Therapie des Empyema antri Highmori. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde 1886.
14. Luc-Caldwell, Caldwell mediz. Journal of New-York. Luc. Archiv. international. de laryngol. 1898.
15. Denker, Radikaloperation des Kieferhöhlenempyems. Arch. f. Laryngologie 1905. Bd. XVII.
16. Hajek, Berichte der Breslauer Naturforscherversammlung 1906.
17. v. Eicken, Verhandlungen der süddeutschen Laryngolog. Gesellschaft. 1904. S. 31.
18. Nager, Arch. f. Laryngologie. 1907. Bd. XIX.
19. Hajek, Pathologie u. Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. III. Auflage 1909.
20. Hajek, Bericht der Dresdner Naturforscherversammlung. 1907.
21. Fletscher-Ingals, Semons Zentralbl. f. Laryngologie. 1908.
22. Dundas Grant, Semons Zentralbl. f. Laryngologie. 1908.
23. Hajek, Bericht des I. internationalen Kongresses in Wien. 1908.
24. Hajek, Bericht der Kölner Naturforscherversammlung 1908. (Bis Ende Januar 1909 nicht erschienen, dagegen französisch: Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez. Arch. intern. de laryng. d'otologie etc. 1909.)

25. Kocher, angeführt bei Emil König. Über Empyem u. Hydrops der Stirnhöhle. Dissertation Bern 1882.
26. Luc-Ogston, Contribution à l'étude des suppurations du sinus frontal et en particulier de son traitement chirurgical. Arch. intern. de Laryng. Tom. VII. Nr. 27.
27. Kuhnt, Die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhle und ihre Folgezustände. Wiesbaden 1895.
28. Riedel, publiziert durch Schenker. Dissertation Jena 1898.
29. G. Killian, Arch. f. Laryng. 1902. Bd. XIII. Heft I. ferner Verhandlungen süddeutscher Laryngologen. 1904. u. I. Wiener intern. Kongress 1908.
30. Eschweiler, Arch. d'otologie. Octobre 1904.
31. van Wildenberg Annales de la société de médecine d'Anvers. 1905.
32. Toubert, L'évidement fronto-ethmoidal. Arch. intern. 1905. S. 152. Jaques, De l'opération radicale aesthétique de la sinusite frontale. Revue hebdomad. de laryng. 27 Avril 1907.
33. Ritter, Zeitschr. f. Laryng. und Rhinol. Bd. I. Heft 4.
34. Tilley, Some experiences in the surgical treatement of suppuration lesions of the nasal accessory sinuses. Reprinted from the Lancet 1904.
35. Hinsberg, Sonderabdruck der allgem. med. Zentralzeitung. 1903. Nr. 35.
36. Citelli, Arch. intern. de laryng. 1908. I. Bd. S. 225.
37. Gerber, Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. Berlin 1909.
38. Chiari, Marschik. k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 1908. Wiener klin. Wochenschr. 1900.
39. Hajek, Wiener laryng. Gesellschaft. 13. Januar 1909.
40. Moure, Bulletin et Mémoires de la société franç. d'otologie. 1904.
41. Grünwald, Die Lehre von den Naseneiterungen. München 1893.
42. Hajek, Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. I. Aufl. 1899.
43. Schmiegelow, Arch. intern. de laryng. 1908. März-April 1898.
44. Hajek, Heymannsche Festschrift in der Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie etc. 1909.
45. Hartmann, Atlas der Anatomie der Stirnhöhle, der vorderen Siebbeinzellen und des Ductus naso-frontalis. 1900.
46. Jansen, Berichte des Moskauer intern. Kongresses. 1897.
47. Furet, Arch. intern. de Laryng. etc. 1901. Vol. 14.
48. Guisez, Huit cas de trépanation du système sphéno-ethmoidal par la voie orbitaire. Congrès 1906. Paris.
49. Watson Williams, Verhandlungen des I. intern. Laryngo-Rhinologen Kongresses. Wien 1908.
50. Guye, Vier Fälle von Ausräumung der Keilbeinhöhle bei rezidivierenden Nasenpolypen. Berliner klin. Wochenschr. 1902. Nr. 8.



Eine neue Untersuchungsmethode für die hintere Nase, die Tuben und den Larynx mit einem elektrischen Pharyngoskop.

Von

Harold Hays, A M. M. D., New York City.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Über das Instrument und die Untersuchungsmethode für die Nase und Kehle, welche ich hier kurz schildern will, sind während der letzten Monate eingehende Berichte in den amerikanischen Blättern veröffentlicht worden [1]).

Die Untersuchung des hinteren Nasenteils, des Nasopharynx und des Larynx mit den jetzt gebräuchlichen Spiegeln ist für den gewöhnlichen Verlauf der Krankheitsfälle genügend, aber eine derartige Untersuchung ist erwiesenermassen in allen Fällen, bei denen eine längere Beobachtung der Teile notwendig ist, zu unsicher.

Der Kontakt eines Metallinstrumentes mit einem Teile der Schleimhaut der Kehle reizt in vielen Fällen zum Würgen; ausserdem werden die Spiegel in kurzer Zeit durch den Atemniederschlag trübe, so dass sie herausgenommen und wieder eingebracht werden müssen. Manche Schwierigkeit wird bei Anwendung eines Instrumentes vermieden, welches ich kürzlich erfunden und Pharyngoskop genannt habe. Ist das Instrument in die richtige Lage gebracht, so kann der Beobachter gewöhnlich die Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Larynx während einiger Sekunden, aber auch bis zu 15 und 20 Minuten vornehmen, ohne die Lage des Instrumentes zu ändern und bei ent-

---

1) New York Medical Journal, April, 1909. The American Journal of Surgery, May, 1909. The Laryngoscope, July, 1909. Journal of Ophthalmology und Oto-laryngology, New-York Medical Journal, tooppear in August.

spannten Halsmuskeln. Das letzte Modell des Pharyngoskops besteht aus einem horizontalen und einem vertikalen Ast, am äusseren Drittel verbunden, so dass das Instrument als Zungenspatel (siehe Fig. 1) benutzt werden kann. Der horizontale Teil ist zirka 20 cm lang und weniger als 1,6 cm breit an seinem breitesten Teile. Das innere Zweidrittel ist flach und enthält in der Mitte eine Röhre, in welches ein Teleskop sitzt (ähnlich dem Zystoskop) und zwei Drahtleiter. Die zwei Lampen, welche am inneren Ende, auf beiden Seiten der mittleren Röhre angebracht sind, geben ein sehr starkes Licht und sind

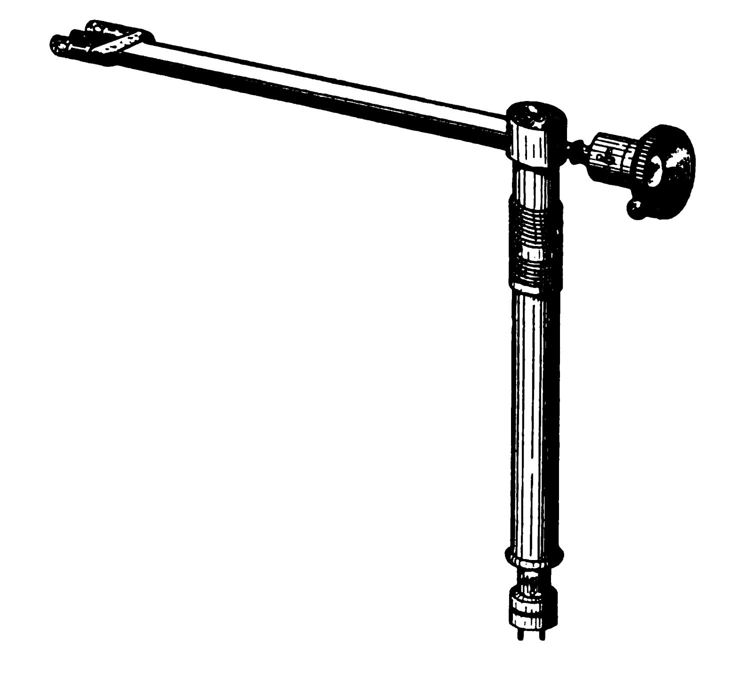


Fig. 1.

wasserdicht. Sie können mit jedem Rheostat oder Trockenbatterie verbunden werden. Das Teleskop kann von der Zentralröhre entfernt und auch so tief hineingeschoben werden, bis die Linse über die Lampe hinausreicht, auch kann es um 360 Grad gedreht werden.

Eine kleine Metallkugel auf dem Augenstück bezeichnet die Lage der Linsen. Der vertikale Stiel kann von dem horizontalen losgeschraubt werden. Er enthält die Verbindung mit dem Rheostaten. Ein Steckkontakt zum Einschalten oder Abstellen des elektrischen Stromes ist am oberen Pole angebracht. Das Instrument kann nicht durch Kochen sterilisiert werden, aber wie das Zystoskop wird es am besten durch Formalindämpfe desinfiziert. Zu dem Zwecke wird ein

Metallkasten genommen, welcher genügend gross ist, um den horizontalen Stamm des Instrumentes hineinzulegen, ausgenommen das Augenstück und dessen Boden einen Behälter für Formalin und Watte enthält. Für den Gebrauch in der Klinik sollte das Instrument in Lysol, 5% Karbolsäure, oder Alkohol getaucht werden. Das Pharyngoskop wird wie ein Zungenspatel benutzt; dem Patienten wird gesagt, dass er den Mund öffne und ruhig atme.



Fig. 2.

Das Instrument wird fest auf die Zunge gedrückt bis das Ende des Teleskops einige Millimeter von der Hinterwand des Rachens entfernt ist (Fig. 2). Der Patient muss dann den Mund schliessen und durch die Nase atmen (Fig. 3). Die Muskeln sind auf diese Weise entspannt und der Rachenraum weit. Das Bild, das sich so bietet, ist deutlich durch die Augenöffnung zu sehen. Wenn die Linse richtig nach oben zeigt, wie die Kugel an dem Sehende angibt, so erlangt man eine deutliche Übersicht über die Rachenwölbung. Indem man die Linse leicht nach beiden Seiten stellt, werden die eustachischen Trompeten sichtbar. Wird das Instrument schräge gehalten, so ist die hintere Nase etwas verkürzt sichtbar. Beim Abwärtsdrehen der Linse wird der Larynx deutlich sichtbar. Wenn der Patient tief atmet, so wird die Epiglottis gehoben und man erlangt eine klare und weite Übersicht des Larynx. Da das Instrument sehr



Fig. 3.

lange in seiner Lage gehalten werden kann, ohne dem Patienten irgend welche Unbequemlichkeiten zu verursachen, so können die pathologischen Zustände der verschiedenen Teile genau untersucht werden. Veränderungen der Tuben gehören daher nicht mehr zu den Mutmassungen, sondern können mit Sicherheit festgestellt werden. Die Katheterisation der Tuben durch die Nase wird, da sie direkt sichtbar sind, zu einem leichten und sicheren Verfahren.

Adenoide Vegetationen sind auch deutlich sichtbar. Man kann die Grösse der Adenoiden, ihre Lage und den Bau untersuchen. Wenn eine Adenoidektomie gemacht worden ist, so kann man jetzt mit Bestimmtheit sehen, ob alle krankhaften Teile entfernt worden sind oder nicht. Mit Hilfe des Pharyngoskops sind wir imstande eine Infiltrationsanästhesie der Adenoiden zu machen. Die anderen Vorteile des Instruments für den Nasenrachen sind zu zahlreich, um sie hier anzuführen.

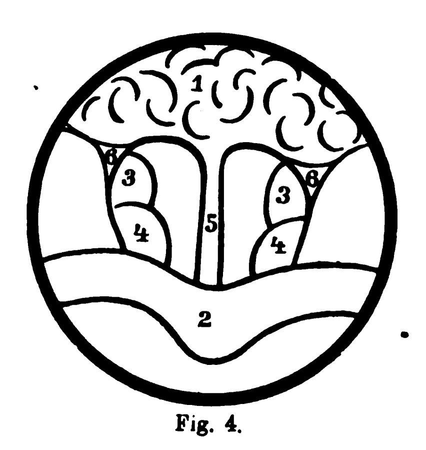


Fig. 4.

Ich glaube, dass für die Untersuchung des Larynx kein Instrument dem Pharyngoskop gleichkommt. Der Patient hat nicht nötig, seine Zunge herauszustrecken, der Mund ist geschlossen, und kein Instrument berührt irgend welchen Teil der Kehle mit Ausnahme der Zunge. Der Blick in den Larynx ist von oben und nicht im Winkel und daher zeigt sich der vorderen Teil des Larynx deutlicher. Die Grösse des Bildes ist von der Fähigkeit des Patienten abhängig, seine Zunge hohl zu machen, denn je näher die Linse dem zu sehenden Bilde ist, desto grösser erscheint es.

Das Bild des Nasopharynx ist schematisch in Fig. 4 zu sehen. Der weiche Gaumen ist sehr erweitert, der hintere Teil der Nase erscheint verkürzt und die eustachischen Tuben scheinen der Wölbung des Pharynx zu entspringen. Die Deutlichkeit, mit der eine adenoide Wucherung zu sehen ist, zeigt Fig. 5.

Man braucht nur auf Fig. 6 hinzuweisen, um die Genauigkeit des Kehlkopfbildes zu sehen.

Dieses war ein Fall mit einem Tumor des linken Stimmbandes, der an der vorderen Kommissur sass und mit dem Spiegel schwer zu sehen war. Ich glanbe nicht, dass es möglich gewesen wäre, durch direkte Laryngoskopie einen besseren Einblick zu gewinnen.

Gegenwärtig arbeite ich an einer Methode, die eustachischen Trompeten durch den Mund statt durch die Nase zu katheterisieren mit einem kleinen aus Seide gewebten Katheter, ähnlich dem Urethral-

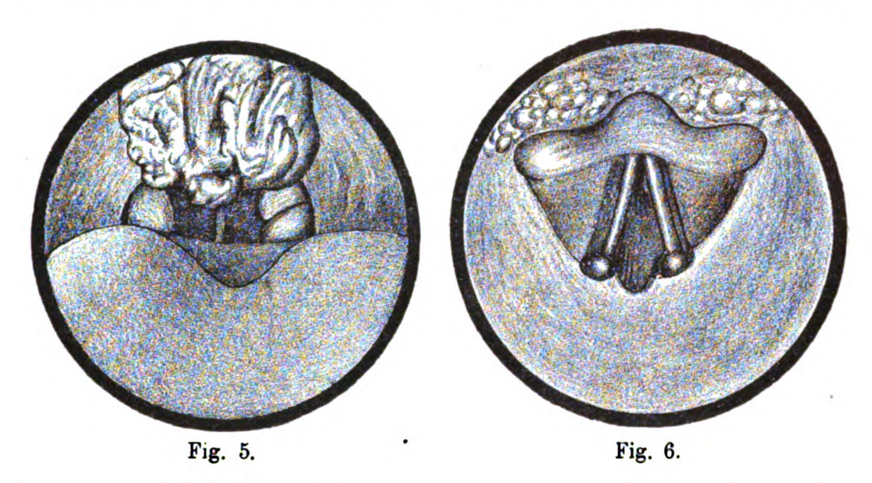


Fig. 5. Fig. 6.

katheter. Über diese Methode wird in einer späteren Publikation berichtet werden.

Erklärung der Figuren.

Fig. 1. Das Pharyngoskop.

Fig. 2. Erster Akt der Einführung.

Fig. 3. Pharyngoskop ganz eingeführt bei geschlossenem Munde.

Fig. 4. Diagramm des Pharynx, durch Pharyngoskop gesehen. 1. Rachendach, 2. Uvula, 3. Mittlere Muschel, 4. Untere Muschel, 5. Septum, 6. Eustachische Trompete.

Fig. 5. Adenoide am Rachendach mit mittlerem und seitlichen Lappen, beide Tubenöffnungen sind verdeckt, nur ein Teil der hinteren Nase ist sichtbar

Fig. 6. Tumor des linken Stimmbandes. Bemerkenswert ist die gute Übersicht der vorderen Kommissur und der Erscheinungen am rechten Stimmband.

Primärer Larynx- und sekundärer Hautlupus.

Eine Bemerkung zu dem Artikel des Herrn Joseph Cohen.

Von

Prof. Albert Rosenberg, Berlin.

Im II. Bande dieser Zeitschrift, Heft 2, schreibt der Kollege Joseph Cohen in seiner Mitteilung: „Ein Fall von primärem Larynx- und sekundärem Hautlupus“ Seite 155: „In den Fällen von Neufeld und Rosenberg beschränkte sich der Lupus auf den Kehlkopf, in meinem Falle erkrankte sekundär nicht nur die Schleimhaut anderer Organe (Gaumenbögen), sondern auch die äusseren Häute.“

Herrn Cohen ist es demnach entgangen, dass auch in dem ersten der drei von mir publizierten Fälle von primärem Larynxlupus sich ein sekundärer Hautlupus eingestellt hat. Ich bemerkte zum Schluss der Krankengeschichte: „Vor 3 Jahren bekam Patientin an der rechten Wange einen kleinen lupösen Herd, der durch Auslöffelung und nachträgliche Kauterisation geheilt wurde, nach einigen Monaten rezidivierte, ebenso behandelt wurde und seitdem geheilt blieb.“

Dieser sekundäre Hautlupus trat ca. 10 Jahre nach der gleichsinnigen Kehlkopferkrankung auf und ist, wie ich mich durch eine vor kurzem vorgenommene Untersuchung überzeugt habe, ebenso wie die Larynxaffektion geheilt geblieben.

II. Referate.

1. Allgemeines, Geschichte usw.

355. **Benham, Hove, Die Bakteriologie der gewöhnlichen Erkältung.** *Brit. med. Journ., Aug. 28., 1909.*

Der Verf. gebraucht die Bezeichnung „gewöhnliche Erkältung", um damit eine leichte katarrhalische Störung der oberen Luftwege zu bezeichnen. Er beschreibt die Organismen, die man am häufigsten findet, nämlich: Mikrococcus catarrhalis; Mikrococcus paratetragenus; Bacillus septus (oder Bacillus coryzae segmentosus von Castley); Bacillus Friedländer, und wahrscheinlich Bacillus influenzae und den Pneumococcus. Nach der Ansicht des Verf. zeigen die Resultate von B. W. Allen, dass die Impfbehandlung von Wert ist und er selbst ist augenblicklich mit einer Reihe von Beobachtungen des opsonischen Index bei Fällen von „gewöhnlicher Erkältung" beschäftigt. Guthrie, Liverpool.

356. **Bruck, Berlin, Das Kokain in der rhinologischen Praxis.** *Med. Klinik, Nr. 49, 1909.*

Kokain bleibt für den Verf. das souveräne Mittel. Eukain, Alypin, Novokain sind keine Ersatzmittel desselben, sie werden es erst durch Zusatz eines Nebennierenpräparates. Mit Recht stellt der Verf. die Behauptung auf, dass das Kokain bei richtiger Applikation in der Nase mittelst des Wattepinsels — (einreiben!) keineswegs häufig akute Vergiftungen zur Folge hat. Vielmehr dürften oft andere Umstände die Ursache eines Kollapses bei Kokainanwendung sein (z. B. Anblick der Instrumente etc.). F. M. Wolf, Würzburg.

357. **Caldera, Turin, Importanza della prova del Wassermann per la diagnosi delle lesioni sifilitiche del naso, della gola. (Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose der syphilitischen Läsionen der Nase und des Kehlkopfs usw.)** *Archivio italiano di otologia, Rinologia etc., September 1909.*

Die beobachteten Fälle zeigen den Einfluss der Behandlung auf die Reaktion. Bis jetzt kann man keinen Rückschluss auf die Spezifizität der Probe ziehen, aber diese war niemals positiv in den Fällen, in welchen man das Vorhandensein einer stattgehabten Infektion ausschliessen konnte.

Immerhin bietet sie uns eine diagnostische Sicherheit die von keinem anderen Mittel übertroffen wird und die Schnelligkeit, mit welcher man sie in zweifelhaften Fällen bewerkstelligen kann, kommt uns in denselben sehr zustatten.

Menier.

358. **Chiari, Wien, Über Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, X., 1909.*

Chiari unterscheidet in einem ausführlichen Vortrage über die Blutungen vom Nasenrachenraum bis zur Trachea die spontanen, traumatischen und nach gewöhnlichen spezialistischen Operationen auftretenden.

a) Bei Blutungen aus dem Nasenrachenraume warnt er speziell bei Adenotomie vor Hämophilie und anderen Blutdissolutionen.

b) Aus Rachen und Isthmus faucium sind Spontanblutungen sehr selten: zerfallende Neubildungen.

c) Für Spontanblutungen aus dem harten Gaumen waren in 2 Fällen kleine Angiome die Ursache.

d) Es folgt hierauf eine Zusammenstellung aller Blutungen nach Tonsillotomie aus dem Material der Klinik, die bei ihm wegen besonderer Kautelen sehr selten sind.

e) Blutungen nach Inzision tonsillärer und peritonsillärer Abszesse sind gewöhnlich ohne Bedeutung.

f) Aus dem Kehlkopfe kommen Spontanblutungen äusserst selten vor. Lues und Tuberkulose rufen fast nie Blutung hervor.

g) Seltenheiten sind Spontanblutungen der Trachea, während operative Eingriffe hier und da Anlass zu Blutungen sein können.

Würth, Würzburg.

359. **Dimitrios, Athen, Über Inhalationen im Altertum und die mannigfachen Methoden derselben zur Heilung der verschiedenen Krankheiten mit 2 Abbildungen eines antiken gläsernen Inhalationsgefässes.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, II., 1909.*

Dimitrios bringt in seinem Vortrage eine Zusammenstellung der Inhalationsmethoden und ihrer Urheber aus dem Altertum und zeigt uns, dass schon im Altertum die Inhalation vielseitig angewandt wurde.

Würth, Würzburg.

360. **Grünberg, Rostock, Weitere Erfahrungen über die Jod- und Quecksilberbehandlung der Tuberkulose in den oberen Luftwegen.** *Zeitschr. für Ohrenheilkunde etc., LIX. Bd., 2. u. 3. Heft.*

Verf. tritt lebhaft für die Behandlung gewisser tuberkulöser Prozesse der oberen Luftwege mit Jod und Quecksilber ein, vorausgesetzt, dass die Lunge nicht (wenigstens nicht nachweisbar) oder nur wenig erkrankt ist und führt 3 diesbezügliche Krankengeschichten an. Er betont, dass die Allgemeinbehandlung mit JK und Hg durchaus nicht die lokale Behandlung bei Seite schieben soll, sondern nur als wirksames Adjuvans derselben betrachtet werden soll und gibt zu, dass neben solchen Fällen, welche günstig auf JK und Hg reagieren, sich andere feststellen lassen, bei denen kein Erfolg durch Jod- und Quecksilbertherapie zu erreichen ist.

Oertel, Dresden.

361. **Liebermann, Hans, Über Helgoland und Heufieber.** *Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1909, S. 1280.*

Der Autor beginnt mit dieser Arbeit eine Polemik gegen den Heufieberbund. Auf Grund eigner Wahrnehmungen konstatiert er, dass im Sommer 1908 Helgoland so wenig frei von Heufieber war, dass auf eine Anfrage, wer von den 50—60 Anwesenden auf Helgoland anfallsfrei sei, sich nur ein Herr melden konnte, während alle anderen krank waren. Er macht dafür das vorhandene Gras auf dem Oberland und den Landwind verantwortlich, der schwer mit Blütenstaub beladen sein muss.

Katz, Kaiserslautern.

362. **Schultz, Otto, Hannover, Vorsitzender des Heufieber-Bundes von Helgoland. Über Helgoland und Heufieber.** *Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1909, S. 1338.*

In dieser kurzen Arbeit sucht Schultz die Ausführungen des cand. med. Liebermann über das gleiche Thema zu widerlegen.

Katz, Kaiserslautern.

363. **Wolff-Eisner, Berlin, Über die Bedeutung Helgolands für die Behandlung des Heufiebers (Pollenkrankheit).** *Münch. med. Wochenschr., Nr. 28, S. 1432.*

Auch dieser Autor polemisiert in seiner Arbeit gegen die oben genannten Ausführungen des cand. med. Liebermann.

Katz, Kaiserslautern.

364. **Löwenstein, Elberfeld, Eine neue Speicheltasche bei Mund-, Hals- und Nasenoperationen.** *Therap. Rundschau, 1909, Nr. 49.*

Die bei operativen Eingriffen an Mund-, Rachen-, Kehlkopf- und Nasenkranken bisher gebräuchlichen Taschen für Blut und Eiter sind schwer zu reinigen, so dass sie auf die Dauer recht unsauber aussehen und schnell durch neue ersetzt werden müssen. Die Taschen bestanden aus Gummi oder anderm wasserdichten Stoff, auch aus Aluminium. Der Preis betrug immerhin 3, 4, 10 Mk. pro Stück. Verf. hat nun aus wasserdichtem Papier eine Tasche anfertigen lassen, die sich in der Praxis sehr gut bewährt hat, insbesondere bei Entfernung der Gaumenmandeln und adenoiden Vegetationen. Da der Preis der Tasche sehr billig ist (12 Pf. pro Stück), kann die Tasche sofort nach dem Gebrauch mit dem Inhalt vernichtet werden. In Polikliniken und Kliniken, wo häufig mehrere Operationen einander folgen, in der zahnärztlichen Tätigkeit werden die Taschen sich sehr zweckdienlich erweisen. Bl.

365. **Marcuse, J., Partenkirchen, Die therapeutische Anwendung lokaler Kälteapplikation auf den Nacken.** *Münch. med. Wochenschr., 1909, S. 2057, Nr. 40.*

In Anschluss an die Mitteilungen von Muck und Jurasz über den günstigen Einfluss lokaler Kälteapplikation auf den Nacken bei Epistaxis skizziert Verf. von hydrotherapeutischer Seite aus das erweiterte Anwendungsgebiet der Nackenduschen und berichtet über seine günstigen Erfahrungen, die er mit ihnen beim reflektorischen Asthma erzielt hat.

Physiologisch wird der Erfolg erklärt durch die Einwirkung der Kälte auf die Medulla oblongata und die damit verbundene intensive Beeinflussung der Respiration. Katz, Kaiserslautern.

366. **May, Zielenzig, Die Behandlung des Schnupfens und der Influenza mit elektrischen Lichtkastenbädern.** *Med. Klinik, Nr. 47, 1909.*

Der Verf. hat mit Lichtbädern — eigene Methode — überraschende Erfolge erzielt. Beim Schnupfen war in allen Stadien desselben der Erfolg ein eklatanter, ebenso im Anfangsstadium der Influenza. Er fordert zur Nachprüfung auf und glaubt sein Verfahren auch bei Pneumonie im Stadium der Anschoppung empfehlen zu dürfen.
F. M. Wolf, Würzburg.

367. **Muck, O., Essen, Über eine durch kutane Kälteeinwirkung auf die Nackengegend zu erzeugende Ischämie der kongestionierten Nasenschleimhaut. Ein prophylaktisch-therapeutischer Vorschlag für nasale Reflexneurosen (Asthma bronchiale und Rhinitis vasomotoria).** *Münch. med. Wochenschr., Nr. 29, 1909, S. 1481.*

Eine recht bemerkenswerte Arbeit, in der uns der Autor auch an der Hand sorgfältiger Kasuistik die günstige Wirkung der Nackendusche bei obengenannten reflektorischen Paroxysmen zeigt. Erklärung dieser Wirkung auf Grund anatomischer und physiologischer Tatsachen.
Katz, Kaiserslautern.

368. **Onodi, Budapest, Rhinolaryngologische Mitteilungen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde, II., 1909.*

Onodi spricht in einem ausführlichen Vortrage teilweise an der Hand von Abbildungen über die Kieferhöhle ausfüllende Alveolarzysten, dann durch Mediastinaltumor verursachte Kehlkopf- und Augenstörungen, über die Anästhesie des Kehlkopfes bei Rekurrenslähmungen, die er an der Hand seiner Fälle bestreitet, ferner über Eröffnung der Stirnhöhle und Neurektomie des Nervus supraorbitalis, über ein Angiom der Uvula, über eine Mukocele der mittleren Nasenmuschel, endlich über Sehstörungen durch Stirnhöhlenentzündung bedingt, über akute Stirnhöhlenentzündung mit meningealen Symptomen und über intermittierende Geruchstörungen. Würth, Würzburg.

369. **Schrötter, H. von, Zur Prophylaxe und Therapie des Skleroms.** *Wiener med. Wochenschr., 1909, Nr. 44—46.*

Nach Besprechung der noch recht kurzen Geschichte und der Anatomie des Krankheitsprozesses geht der Autor ausführlich auf die Pathogenese des Leidens ein. Der Sklerombazillus unterscheidet sich nur in unwesentlichen Punkten vom Pneumobazillus (Friedländer) und ist als abgeschwächte Form desselben aufzufassen. Kontaktinfektion ist wahrscheinlich, wenn auch nicht sicher bewiesen. Das Leiden hat einen eminent chronischen Charakter und kann sich über Jahrzente erstrecken. Nur ausnahmsweise gehen die Patienten direkt infolge des Prozesses an Erstickung zugrunde, sondern zumeist an sekundären Herz- und Lungenerkrankungen. Geographisch beschränkt sich das endemische Auftreten

des Leidens auf das Gebiet des Königreichs Polen und einzelne Teile Ungarns. Kleinere Herde sind in Italien, Rumänien, Deutschland, der Schweiz, einzelne Fälle, jedoch meist europäischer Provenienz, auch in anderen Erdteilen beobachtet worden. Fast stets sind nur die ärmeren, in schlechten hygienischen Verhältnissen lebenden Schichten betroffen, Verf. hat nun vor 8 Jahren schon die Wichtigkeit genauer epidemiologischer Erforschung der Krankheit hervorgehoben und dadurch die Entdeckung bisher unbekannter Herde gefördert. Die schon damals aufgestellte Forderung genauer sanitätspolizeilicher Überwachung ist bis jetzt nur zum Teil verwirklicht. Sie wäre um so wichtiger, da die Therapie bis jetzt das Leiden nicht zu heilen vermag. Immerhin können wir die einzelnen Manifestationen in Schranken halten, teils auf operativem Wege, teils durch Drucktherapie, das Dilatationsverfahren. Das Skleromgewebe verträgt sehr starken Drück, ohne zu ulzerieren. An die Stelle der spezifischen Elemente tritt Bindegewebe. Vom Fibrolysin hat Verf. keine Wirkung gesehen. Zum Zwecke dauernder Dilatation im Kehlkopf und der Trachea bewähren sich die O'Dwyerschen Tuben und flexible Verweiltuben. Auch die Bronchoskopie kann eventuell die Behandlung erleichtern. Die Laryngofissur kommt nur bei völliger schwieliger Entartung der Schleimhaut in Frage. Sehr günstige Erfolge sind in den letzten Jahren mit der Radiotherapie in der Sklerombehandlung erzielt worden. Doch kommen auch Rezidive vor. Das Wichtigste ist immer noch die Prophylaxe: Entsendung geschulter Ärzte in die Sklerombezirke, Aufklärung des Publikums, möglichste Isolierung der Kranken, periodische Untersuchung der Angehörigen, Desinfektion der Wohnungen, Kontrolle des Grenzverkehrs, Anzeigepflicht sind die wichtigsten Massregeln.

M. Levy, Charlottenburg.

370. **Réthi, Der weiche Gaumen und seine Beziehungen zum Nervensystem.** *Wien. med. Wochenschr., 1909, Nr. 45.*

Verf. hat durch ältere Untersuchungen sicher erwiesen, dass der Fazialis mit der motorischen Innervation des weichen Gaumens nichts zu tun hat. Die vom Fazialisstamm durch das Ganglion geniculi und den Nervus petrosus superficialis major in das Ganglion sphenopalatinum verfolgbaren Fasern sind nicht motorischer Natur, sondern, wie Verf. jetzt nachgewiesen hat, sekretorisch. Bei Reizung des Fazialisstammes bilden sich am weichen Gaumen scharf in der Mittellinie abgegrenzt Sekrettröpfchen. Auch Reizung des Halssympathikus macht Absonderung am Gaumen, indes von dünnerer Konsistenz. M. Levy, Charlottenburg.

371. **Neubert, La sporotricosis faringolaringea. (Die Sporotrichose des Pharynx und des Larynx.)** *Revista barcelonesa de Enfermedades de vido etc., 30. September 1909.*

Verf. macht die Spezialisten auf die Sporotrichosis Beurmanni aufmerksam, die einige Ähnlichkeit mit Syphilisaffektionen zeigt und die auch durch die Jodkalikur günstig beeinflusst ist. Da Pharynx- und Larynxerscheinungen nicht selten vorkommen, soll man, um diagnostische Irrtümer zu vermeiden, folgende Punkte vor Augen haben: 1. Die Sporotrichosis ist polymorph (im Gegensatz zur Lues, deren Manifestationen in einem gegebenen Zeitpunkt ihrer Entwickelung immer in demselben Stadium sind). 2. Die Sporotrichosis entwickelt sich sehr schnell.

3. Wenn die Sporotrichosis Geschwüre bildet, haben dieselben einen zottigen, papillomatösen Grund, den man bei der Syphilis nicht beobachtet. 4. Die Geschwüre bilden kleine subkutane Abszesse, die durch eine Fistelöffnung spärlichen Eiter sezernieren. Menier.

372. **Watson, Williams, Bristol, Latente Infektionen durch Diphtherie-Bazillen. Die klinische Seite der Frage.** *Brit. med. Journ., Aug. 28., 1909.*

Den Gegenstand vom klinischen Standpunkte aus behandelnd, gruppiert der Verf. die Fälle von latenter Diphtherie in drei Abteilungen: 1. Patienten, welche keine der gewöhnlichen klinischen Anzeichen von Diphtherie zeigen und nicht wirklich krank sind, welche aber anämisch sind oder verstärkte Pulsfrequenz zeigen oder sich einfach müde und unwohl fühlen, Nasenkatarrh haben, membranöse Rhinitis, Rötung des Rachens, leichte subakute Tonsillitis, Otorrhoea etc., welche bei bakteriologischer Untersuchung sich als diphteritisch erweisen.

2. Fälle mit lokaler Diphtherie, aber ohne allgemeine Symptome von Kranksein.

3. Personen, bei denen sich keine lokalen Erscheinungen zeigen und bei normaler Gesundheit sind, bei denen aber Diphtheriebazillen durch Kultur entdeckt wurden.

Der Verf. bezeichnet als praktischstes Kriterium, das einen Fall klinisch als wahre Diphtherie kennzeichnet, die Virulenz, da der morphologische Nachweis nicht sicher ist.

Lokale Behandlung hilft wenig, um die Bazillen zu entfernen. Gewisse Sera haben sich wahrscheinlich als nützlich erwiesen und möglicherweise auch antitoxisches Serum wegen seiner antibakteriellen Wirkung. Guthrie, Liverpool.

2. Nase und Nebenhöhlen.

373. **Baurowicz, Krakau, Zur Kenntnis einer Mukocele des Siebbeins.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, X., 1909.*

Baurowicz beschreibt einen Fall, wo eine Mukocele des Siebbeins sich in die rechte Orbita ausdehnte, die sich als haselnussgrosse, knochenharte Geschwulst sowohl am rechten inneren Augenwinkel in der Orbita, als auch am vorderen Ende der mittleren Nasenmuschel zeigte. Er beseitigte die Mukocele durch operativen Eingriff von der mittleren Muschel aus. Würth, Würzburg.

374. **Bianchera, G., Mantua, Beitrag zum Studium der Sinusitiden der Kiefer- und Stirnhöhlen. (Contributo allo studio delle sinusiti maxellari e frontali.)** *Gazetta degli ospedali, 16. November 1909.*

In einem Fall von Kieferhöhlenempyem waren nur zwei Symptome vorhanden: Neuralgie des Nervus infraorbitalis und eine leichte Injektion der Konjunktiva. Operation. Heilung. Ferner einige Betrachtungen über die allen Fachleuten bekannten Symptome des Stirnhöhlenempyems. Menier.

375. **Boenninghaus, G., Zur Kenntnis der traumatischen Mukocele des Sinus frontalis, insbesondere ihres Vorstadiums.** *Passows Beiträge zur Anat. etc. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III, Heft 1 u. 2, 31. IX. 1909.*

Die Mukocele, eine Ektasie der Stirnhöhle durch Schleimansammlung in derselben, kommt nur zustande nach Abschluss des Ausführungsganges der Höhle in die Nase und zwar am häufigsten durch Trauma, Boenninghaus weist besonders auf das Vorstadium der Erkrankung hin, in welchem die Vorbuchtung der Stirn noch fehlt, Druckerscheinungen und Stirnkopfschmerz aber schon vorhanden sind. Er kommt an der Hand von 4 Krankengeschichten zu dem Resultat: Wenn nach einem Stirntrauma Kopfschmerz ohne Naseneiterung zurückbleibt, muss man an Verschluss der Stirnhöhle mit konsekutiver Schleimansammlung denken. Das konstanteste Zeichen dieses Zustandes ist zunächst Dämpfung der betreffenden Stirnhälfte, weniger Verdunkelung derselben. Diese Zeichen können jahrelang der Ausdehnung der Stirnhöhle, der eigentlichen Mukocelenbildung, vorausgehen. Die Ausdehnung selbst macht sich zunächst als Abflachung des Stirnbodens bemerkbar oder als Prominenz der Stirn.

Kronenberg.

376. **Botella, Enorme secuestro que comprende todo el velo duro y tabique nasal. (Umfangreicher Sequester, der den ganzen harten Gaumen und das Nasenseptum ergreift.)** *Boletin de Laringologia Madrid, September-Oktober 1909.*

Ein im Jahre 1904 luetisch infizierter Patient hatte 1906 ein Gumma des weichen Gaumens; dann folgten Nasenblutungen und Ausstossung von Knochensplittern. Botella konnte einen Sequester entfernen, der vom ganzen Gaumengewölbe gebildet war und welcher durch die vom Gumma herrührende Perforation extrahiert werden konnte. Trotz einer stark ausgeprägten Virulenz der luetischen Infektion Heilung. Patient trägt eine Prothese.

Menier.

377. **Bresgen, Maximilian, Nasenleiden und Sympathikus.** *Passows Beiträge zur Anat. etc. des Ohres, der Nase und des Halses, Bd. III, Heft 1 u. 2.*

Nach Bresgen, der daran erinnert, dass durch Arbeiten von Bidder und Volkmann und von Buch bewiesen sei, dass der Sympathikus sensible Fasern enthalte und im kranken Zustande schmerzempfindlich sei, spielt dieser Nerv wegen seiner ausgedehnten Verbreitung in der Nase beim Zustandekommen nasaler Reflexneurosen (Nasen-Neurasthenie nach Bresgen) die wichtigste Rolle. Bresgen wendet sich gegen das Brennen und Zerstören sogenannter Reflexpunkte, da die Nasenschleimhaut in solchen Fällen als Ganzes erkrankt sei und behandelt werden müsse. Als Diagnostikum empfiehlt er an Stelle des Kokains vor allem das Suprarenin, da durch das Abschwellen sich berührender Flächen der Circulus vitiosus durchbrochen werde. (Leider steht dem häufig die überaus starke und lästige Sekretion der Nasenschleimhaut nach Suprareninanwendung im Wege. Ref.)

Kronenberg.

378. **Cornet, Nasenkatarrh und Brightsche Krankheit. (Coryzas brightiques.)** *In Annales des maladies de l'oreille tone XXXV, Nr. 10, 1909.*

Es ist möglich, dass wir Rhinologen allzurasch mit dem Kauter zur Hand sind, wenn durch eine allgemeine somatische Behandlung ähnliche und wahrscheinlich bessere Resultate sich erzielen lassen. Der bekannte Dermatolog hat einen sehr charakterischen Fall eines Brightikers mit Schwellung der Nasenschleimhaut veröffentlicht, der ohne jede lokale Behandlung, nur durch Befolgung der entsprechenden Kur geheilt worden ist. An die Möglichkeit, dass die erste Manifestation einer chronischen Nephritis Zirkulationsstörungen der Nasenschleimhaut sein können, ist immer zu denken und in diesem Sinne ist der kurze Artikel Cornets beachtenswert. Die vier Beobachtungen aber, die er mitteilt, sind weit entfernt davon als Dokumente für die These gelten zu können, zunächst schon deshalb, weil sie zu flüchtig sind. Immerhin ist es nützlich, von Zeit zu Zeit daran erinnert zu werden, über dem kranken Organ nicht den kranken Menschen zu vergessen, wozu die Spezialisten trotz läufiger Warnung immer wieder die Tendenz haben. Lautmann, Paris.

379. **Friedmann, Wien, Ein Fall von Geruchshalluzination bei Tumor cerebri.** *Wien. klin. Rundschau, 47, 1909.*

Friedmann berichtet uns über einen Fall von vorübergehender Geruchshalluzination bei erhaltenem Geruchsinn, wo ein grosser Tumor cerebri zwar die für den Geruchsinn in Betracht kommenden Zentren des Schläfenlappens frei liess, aber durch Raumbeengung Ödeme und Hämorrhagien dieser Gebiete hervorrief, so dass die Geruchshalluzinationen höchstwahrscheinlich als eine von diesen Gebieten ausgehende Reizerscheinung anzusehen sind. Würth, Würzburg.

380. **Halász, Miskolcz, Beitrag zu den durch Geschwülste der Sphenoidalhöhle entstandenen Augenveränderungen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. LXXX. Jahrg., 9. Heft.*

Durch ein kleines und rundzelliges Sarkom der Sphenoidalhöhle verursachte Erblindung. F. M. Wolf, Würzburg.

381. **Hatschek, Wien, Über das Riechzentrum.** *Wien. klin. Rundschau 47, 1909.*

Hatschek bringt in seinen Ausführungen die verschiedenen Versuche über die Erforschung der Lage des Riechzentrums zur Sprache und gesteht zum Schlusse, dass die Kenntnisse über die genaue Lokalisierung des Riechzentrums beim Menschen unsicher sind. Tatsache ist jedoch, dass die Ammonsformation nicht einzig ausschlaggebend für die höheren Säugetiere ist, sondern dass auch die Annahme der hauptsächlichen Lokalisation im Uncus viel für sich hat. Würth, Würzburg.

382. **Luch, Vilardosa, Manifestaciones nasales de la lepra. (Nasale Erscheinungen der Lepra.)** *Revista barcelonesa de Enfermedades de vido, garganta y nariz, 30. September 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall von Lepra und schildert mit vielen Einzelheiten die nasalen Läsionen: Anfangs leichter Katarrh mit Ödem und Rötung der Schleimhaut; dann kamen Leprome, welche Geschwüre ver-

ursachten und von einer sehr fötiden Ozäna begleitet waren. In diesem Falle blieb es bei der hypertrophischen Form, ohne Zerstörung des Knorpel- und Knochengerüstes. Im Naseninnern findet man Narben und eine polypöse, harte, leicht blutende Masse; die Schleimhaut ist fast überall anästhetisch.

Patient wurde mit intramuskulären Einspritzungen von Chaulmoograöl (Gynocardia odorata Linnei) behandelt. Die Wirkung ist sehr befriedigend, was speziell die Nase anbetrifft: Die Ozäna verschwand und die Nasendurchgängigkeit ist wieder hergestellt.

Menier.

383. **Mermod, Flüssige Ansammlung mit Myelinkörpern (markhaltige Körperchen) in den Stirnhöhlen.** *Archives internat. de laryngologie, September-Oktober 1909.*

In diesem Falle liessen die Schmerzen, die Protrusio bulbi, auf einen bösartigen Tumor schliessen, der seinen Ausgangspunkt vom Auge nehmend, die beiden Stirnhöhlen ergriffen zu haben schien. Bei der Operation fand man eine bedeutende Masse eines undurchsichtigen „Eiters“ unter Druck; die vordere Stirnhöhlenwand, die Corticalis externa, das Orbitaldach links, waren durch Karies resorbiert; keim Septum mehr zwischen beiden Sinus.

Der vermeintliche „Eiter“ enthielt keine Eiterkörperchen, keine Leukozyten, keinen Mikroorganismus, er bestand aus einer Masse von Markkörperchen mit allerlei Residuen vermischt. Das Intaktsein der verdickten Dura lässt nicht die Möglichkeit eines zerebralen Ursprungs der markhaltigen Körperchen zu. Menier.

384. **Renaux, Brüssel, Schwere hypoplastische Anämie durch wiederholte kleinere Nasenblutungen — Heilung.** *Med. Klinik Nr. 48, 1909.*

Ein nicht spezifisches Ulcus an der rechten unteren Muschel hatte durch wiederholte Blutungen zu schwerer Anämie geführt. Erst nach Exzision des Ulcus und Kauterisation der Schnittfläche trat Heilung ein. Es wurden genaue Blutuntersuchungen vorgenommen. Da der erythroblastische Prozess nicht sehr beträchtlich, wohl aber tätig genug war, um die Heilung herbeizuführen, bezeichnet der Verf. diese Anämie nicht als sogenannte „aplastische Anämie“, sondern als „hypoplastische Anämie“.

F. M. Wolf, Würzburg.

385. **Ruttin, Wien, Zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde, XI., 1909.*

Ruttin gibt uns eine einfache Methode der Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus an, mit welcher er unter vollständiger Erhaltung der Muschel bisher gute Resultate erzielt hat.

Würth, Würzburg.

386. **Price-Brown, Toronto, Sarkom der Nase, mit einem Bericht über verschiedene Fälle.** *Journ. of Laryngol., Oct. 1909.*

Des Verf. Erfahrungen belaufen sich auf fünf Fälle dieser Krankheit; es waren alles männliche Patienten im Alter von 18—58 Jahren. Er empfiehlt entschieden Entfernung des Tumors durch Galvanokaustik.

Diese wird täglich unter lokaler Anästhesie angewandt und bei jeder Sitzung ein kleiner Teil des Tumors entfernt. Drei von den sieben Patienten haben sich dauernd erholt und erscheinen nach Zwischenräumen von vierzehn, sieben und zwei und ein halbes Jahr als von der Krankheit befreit; der vierte Patient starb durch Toxämie; der fünfte hatte in vier Monaten kein Rezidiv; der sechste kein Rezidiv in zwei Monaten; der siebente zeigte in wenigen Wochen und noch während er in Behandlung war ein Rezidiv.

Der Verf. schreibt sich das Verdienst zu der Erste gewesen zu sein, der eine systematische Methode der Behandlung anwandte und sie durch viele Jahre und bei einer langen Reihe von Patienten mit gleichem erfolgreichen Resultate durchgeführt zu haben. Guthrie, Liverpool.

387. **Raffaelli, Sulla presenza del bacillo della difterite nelle fosse nasali dei lattanti sani. (Über das Vorhandensein des Diphtheriebazillus im Naseninnern gesunder Säuglinge.)** *Giornale della Reale Società d'Igiene, 31. Oktober 1909.*

Bei 30 gesunden Säuglingen fand Verf. 2 mal virulente Löfflersche Bazillen (Bestätigung der Virulenz durch Impfversuche); in einem anderen Falle beobachtete er den pseudodiphtheritischen Bazillus von Hofmann.

Solche Fälle beweisen, dass der Bazillus sich bei gesunden, keiner Infektion ausgesetzten Personen finden kann; dass der bakteriologische Befund keinen absoluten Wert für die Diphtheritisdiagnose hat. Somit kann man die vereinzelten Fälle ohne bekannten Ursprung erklären. Endlich erleidet die Theorie der bakteriziden Eigenschaften des Nasenschleims durch diese Fälle eine Einbusse. Menier.

388. **Sewell, Manchester, Ein Fall von einem Fremdkörper in der Nase während 44 Jahren.** *Lancet, Juli 1909.*

Die Patientin war 47 Jahre alt. Ein Rhinolith, der von dem hinteren Teile des Bodens der linken Nasenhöhle entfernt wurde, enthielt in seiner Mitte einen Stiefelknopf, von dem man annahm, dass die Patientin ihn verschluckt hatte als sie 3 Jahre alt war.

Guthrie, Liverpool.

389. **Schultz, Wolfgang, Porto Alegre, Zur Behandlung des akuten Schnupfens der Säuglinge.** *Münch. med. Wochenschr., Nr. 29, 1909, S. 1485.*

Autor empfiehlt Ansaugung des Sekretes durch Luftverdünnung mit kräftigem Gummiballon, dem ein passender Naseneinsatz angefügt ist.

Katz, Kaiserlautern.

390. **Tilley, London, Ein Fall von Endothelioma myxomatodes der Kieferhöhle.** *Lancet, Juli 17., 1909.*

Der Verf. hat keinen Bericht über einen ähnlichen Fall finden können, obgleich er selbst vor zwei Jahren einen Fall operierte, der genau mit dem hier besprochenen übereinstimmte, sowohl was die Symptome anbetraf, als auch das Aussehen des Tumors.

Die Symptome bestanden in leichter Obstruktion der linken Seite der Nase mit etwas schleimig-eiterigem Sekret, starkem linksseitigem Kopf-

schmerz und starkem Schmerz im linken Auge. Im linken inneren Nasengange zeigte die innere Sinuswand eine mässige Schwellung und Punktion derselben ergab eine dickflüssige, rotbraune, gummöse Flüssigkeit. Nach Punktion des Antrum durch den unteren Nasengang und einem Versuch, die Höhle auszuspülen, kam keine Flüssigkeit mehr durch die Nase. Das Antrum wurde dann durch die Fossa canina geöffnet und es zeigte sich, dass es ganz mit einer rotbraunen, dickflüssigen Substanz von gummöser Beschaffenheit gefüllt war. Nach Entfernung dieser Flüssigkeit zeigte sich die darunter befindliche Schleimhaut nur wenig verändert. — In dem früheren vom Verfasser behandelten Falle hat sich, nach Verlauf von zwei Jahren kein Rezidiv der Krankheit gezeigt.

Aus dem detaillierten Bericht von W. Shattock ergeben die mikroskopischen. Charakteristika des entfernten Gewebes, dass es Endothelioma ist, in welchem das Stroma eine schleimige Degeneration erfahren hat.

Guthrie-Liverpool.

391. **Urbantschitsch, V., Einfluss der Mittelohreiterungen auf die Geruchsempfindungen.** *Archives internat. de laryngologie. September-Oktober 1909.*

In dreissig Fällen von einseitiger Mittelohreiterung fand Verf. entweder Verminderung der Geruchsempfindung oder Verstärkung derselben auf der kranken Seite; in einigen Fällen beobachtete er eine Verzögerung des Auftretens der Empfindung. Menier.

392. **Vacher, L., Zur Behandlung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege. (Contribution à l'étude de la cure de la sinusite maxillaire par voie nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXV, Nr. 10, 1909.*

Die breite Eröffnung der vereiterten Kieferhöhle von ihrer medialen Wand aus in Lokalanästhesie, das ist das Leitmotiv der meisten Publikationen über dieses Thema. Im vorliegenden Artikel weist Vacher nach, dass er schon 1900 diese Methode vorgeschlagen habe. Hinzugefügt haben die Autoren nach ihm die Notwendigkeit, den vordersten Winkel der inneren Bucht so radikal als möglich abzutragen, was Vacher ebenfalls in allen Fällen zu erreichen sucht. Vacher operiert mit dem Elektromotor und der Trephine und empfiehlt die Anwendung des Adrenalins zu unterlassen, um sekundäre Blutungen zu vermeiden. Die untere Nasenmuschel wird erhalten. Als Spekulum dient der breite Ohrtrichter, der von den Otologen bei der Behandlung der Radikaloperierten benützt wird. Lautmann, Paris.

393. **Wieser, Lemberg, Ein Fall von primärer Nasen- und Zahnfleischtuberkulose.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, LXXX. Jahrgang, 9. Heft.*

Erfolgreiche Behandlung des Falles mit Kürette, Röntgenbestrahlung und Galvanokauter. Die Lungen und andere Organe waren und blieben von Tuberkulose frei. F. M. Wolf, Würzburg.

394. **Zancarini, Mailand, Klinisch-experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Chloroformdünste auf die Nasenschleimhaut. (Contributo clinico-sperimentale alla conoscenza dell'Azione ori vapori di cloroformio sulla mucosa delle fosse nasali.)** *Il Morgagni, November 1909.*

In allen Fällen fand Verf. eine bedeutende Reizung der Schleimhaut (ganz wie beim Schnupfen) mit starker Absonderung, einigemal mit Blut vermischt und mit Stirnkopfweh; die direkte Untersuchung beweist die Existenz einer Rhinitis (sogen. Chloroformrhinitis); die mikroskopische Untersuchung zeigte dazu einige Tage nach der Narkose, dass das bedeckende Epithel fällt; damit ist die Wucherung der Keime begünstigt, die Verfasser nach der Narkose kolossal vermehrt fand. Andere Versuche zeigten, dass bei vollständiger und intakter Schleimhaut keine Resorption der Keime stattfindet und weiter, dass nach starken Verletzungen (z. B. des Abdomens, oder nach Fällen) oder bei starker künstlicher Abmagerung (die Tiere werden einige Tage ungefüttert gelassen) die Einwanderung der Keime durch die Nasenschleimhaut leichter erfolgt.

Menier.

3. Rachen.

395. **Beesten, Rachengeschwulst.** *Zentralblatt für Chirurgie. Nr. 43. 1909.*

Mitteilung eines Falles von kolossal grossem Fibrom im Munde bei einem 37jährigen Mann. Die Geschwulst, welche ihren Ausgang von dem Periost des harten Gaumens nahm, war innerhalb von 30 Jahren zu der jetzigen Grösse gewachsen. Sie war so gross, dass sie eben noch unzerkleinert die Mundöffnung passieren konnte. Die Operation verlief ohne Zwischenfall, nachdem vorher die prophylaktische Tracheotomie mit Anwendung der Trendelenburgschen Tamponkanüle gemacht worden war.

Stein, Wiesbaden.

396. **David, Kalter Abszess der retropharyngealen Drüse. (Abcès froid retropharyngéal d'origine ganglionnaire.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV, Nr. 10, 1909.*

Im Retropharyngealraum liegt konstant ein Drüsenpaar. Diese Drüsen dürften dieselbe Pathologie haben wie die Submaxillardrüsen, denkt der Autor und da diese häufig tuberkulös entarten, dürfte der kalte Abszess der sogenannten Gilleteschen Drüsen viel häufiger sein, als man gemeiniglich annimmt. Drei Fälle, die David im Zeitraum von einigen Monaten an einem 15jährigen Jungen, einem 9monatlichen Säugling und einem 34jährigen Mann zu beobachten Gelegenheit hatte, bestärken ihn in dieser Annahme. Der kalte Abszess der retropharyngealen Drüsen ist charakterisiert durch Schluckschmerzen, Sprachstörung und vollkommene spontane Schmerzlosigkeit. Es ist möglich, dass wir alle, trotzdem wir gewöhnt sind die Rachen zu inspizieren, die Häufigkeit dieser retropharyngealen Abszesse übersehen haben, denn es ist bekannt, dass man in der Medizin erst aufmerksam gemacht werden muss, um etwas zu sehen. Es ist aber doch eher wahrscheinlich, dass diese Abszesse tatsächlich Seltenheiten sind und kaum einen Vergleich aushalten mit der Häufigkeit der vereiterten Submaxillardrüsen. Lautmann, Paris.

397. **F e i n, Wien, Der sogenannte und der wirkliche Rachenkatarrh.** *Med. Klinik 43, 1909.*

F e i n bestreitet in einem ausführlichen Vortrag das häufige Vorkommen des Rachenkatarrhs, besonders des chronischen, der ausserordentlich selten ist. Mit allen möglichen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen und der tieferen Luftwege wird der Rachenkatarrh auch vom praktischen Arzte verwechselt und stellt dann infolge falscher Behandlung ein äusserst langwieriges Leiden dar Zum Schlusse warnt er bei der Behandlung des wirklichen akuten Rachenkatarrhs vor jeder mechanischen Behandlung, insbesondere vor dem beliebten Pinseln.

W ü r t h, Würzburg.

398. **H e s s, Bad Nauheim, Über Erkrankung und Behandlung des lymphatischen Schlundrings in ihrer Bedeutung für Gelenkrheumatismus und Herzkrankheiten.** *Med. Klinik Nr. 47, 1909.*

Dem Verf. erscheinen vor allem die chronischen Erkrankungen des lymphatischen Schlundringes in ihrer Beziehung zum Gelenkrheumatismus von grosser Bedeutung. Sie bedingen nach seiner Ansicht eine lokal gesteigerte Disposition. Prophylaxe und Therapie der Erkrankungen der Tonsillen werden ausführlich erörtert. F. M. W o l f, Würzburg.

399. **J a c q u e s, P., Pathogenie und Behandlung der Angina Ludovici. (Pathogenie et traitement de l'angine de Ludwig.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV, Nr. 10, 1909.*

Dieser sehr kurze Artikel will eigentlich nur nach der persönlichen Erfahrung des Autors feststellen, dass diese so gefürchtete Halsphlegmone stets die Eingangspforte im Munde hat, von wo sich dann auf und oberhalb der Wand der Mylohyoideus das weitmaschige Fettgewebe entzündet. In seinem ersten Stadium kann man unter der Zunge einen leicht renitenten Tumor spüren. Selbstverständlich erfordert die chirurgische Eröffnung ein Eingehen vom Munde aus am besten mit dem Thermokauter. In dieser Periode der Phlegmone entleert sich noch nicht Eiter, sondern mehr eine nussfarbene Flüssigkeit. Bei dieser Art der Eröffnung muss man, um den Nervus lingualis und den Ductus Warthonianus nicht zu verletzen, den Stich in einiger Entfernung vom Unterkiefer, mitten durch die Sublingualdrüse in einer Richtung von unten oben nach innen unten führen. Die Heilung erfolgt in einer Woche. L a u t m a n n, Paris.

400. **K o s c h i e r, Wien, Über Nasenrachenfibrome.** *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 50, 1909.*

Präzise zusammenfassende Abhandlung über das Wesen der Nasenrachenfibrome. Alle bisher geübten Methoden zur Entfernung derselben werden erörtert und kritisiert. Als die einzige Methode, die uns definitive Heilung verspricht, kommt die chirurgische Exstirpation nach Vornahme einer vorbereitenden Operation in Betracht. Je nach der Lage des Tumors wird der bukkale Weg (Spaltung des Gaumens) oder meistens der transmaxillonale vorzuziehen sein. Schliesslich gibt der Verf. noch ein Verfahren zur Blutstillung an, deren Vorteile sehr einleuchtend sind.

F. M. W o l f, Würzburg.

401. **Mayer, O., Graz, Die Gefahren der Tamponade des Nasenrachenraums.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, S. 2219, 1909.*

Veranlassung zu dieser Arbeit, deren Inhalt aus der Überschrift ersichtlich ist und die für den Spezialisten neues nicht enthält, gab ein Fall, der durch eine 9 Tage bestehende Tamponade mit Belloqscher Röhre kompliziert war durch beiderseitige akute eiterige Mittelohrentzündung mit Beteiligung des Warzenfortsatzes, beiderseitige eiterige Entzündung der Kieferhöhle und rechtsseitige Orbitalphlegmone.

Katz, Kaiserslautern.

402. **Mink, P. J., Pharynxhyperästhesie, Kopfschmerzen und Asthenopie als Folgen einer Nasenaffektion. (Pharynxhyperästhesie, hoofdpyn en asthenopie als gevolgen eener neusaandoening.)** *Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland, 16. jaargang, Nr. 32.*

Nach dem Essen von Fisch klagt eine 32jährige Patientin seit 5 Wochen über Kopfschmerzen, links in der Höhe des Larynx.

Ein Fremdkörper wurde nicht gefunden, ebensowenig wie andere sichtbare Veränderungen. Ausser einer starken Hyperästhesie des Mundpharynx wurde in der Nase eine Hypertrophie des vorderen Endes der Concha media gefunden, welche die Riechspalte verlegte. Die Patientin litt oft an sehr heftigen Kopfschmerzen.

Mink kauterisierte die Concha media, worauf Kopf- und Halsschmerzen sehr stark abnahmen. Die Concha media wurde nochmals kauterisiert mit Chromsäure und eine Woche später war die Riechspalte offen. Die Halsschmerzen waren ganz verschwunden und die Patientin erklärte jetzt viel besser sehen zu können und erzählte, dass sie schon lange an Augenbeschwerden litt; sie sah kleine schwarze Flecken, welche später konfluierten. Die Gesichtsschärfe wurde endlich so schlecht, dass sie sich nicht mehr allein auf die Strasse wagte.

Als die Patientin zum zweiten Male in der Nase gebrannt wurde, spürte sie eine solch starke Wirkung auf dem Auge, dass es sie beängstigte, aber bald fing sie an besser zu sehen.

Obgleich man nur mit grosser Vorsicht verschiedene Symptome als Fernwirkungen von der Nase betrachten darf, glaubt Mink in seinem Falle die Kopf-, Halsschmerzen und Asthenopie als reflektorisch von der Nase ausgelöste Erscheinungen auffassen zu müssen. Mink zitiert 4 Fälle aus der amerikanischen Literatur. Kan, Leiden.

403. **Reiche, Hamburg-Eppendorf, Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Med. Klinik Nr. 49, 1909.*

Eine interessante Statistik zur Beleuchtung der Serumtherapie bei Diphtherie. Die Serumtherapie erwies sich als ein sehr wertvolles Mittel, aber als bedingungslos „vollwertig“ (Baginsky) kann sie der Verf. nicht bezeichnen. Ausschlaggebend blieb stets die Zeit, zu der die spezifische Therapie zu Hilfe gezogen werden konnte. Auch über den vorbeugenden Wert der Impfungen werden ausführliche Daten angegeben.

F. M. Wolf, Würzburg.

404. Santaló, Ramirez, Un caso de tuberculosis ulcerosa crónica primitiva de ambos amigdales palatinas. (Ein Fall von chronischer, primärer ulzeröser Tuberkulose beider Gaumenmandeln.) *Boletin de laringologia Madrid, September-Oktober 1909.*

Bei einem Soldaten beobachtete man eine Entzündung der linken Tonsille; es war kein Eiter zu finden; die rechte Tonsille war hypertrophisch. Dazu atrophische Rhinitis. Abtragung beider Tonsillen. Einen Monat nachher waren die Residuen beider Mandeln mit Ulzerationen bedeckt; die Absonderung war gelblich. Riesenzellen ohne Tuberkelbazillen. Submaxilläre Drüsen.

Verf. erörtert die Differentialdiagnose mit entzündlichen Affektionen, mit tuberkulösen (d. h. lupösen) und luetischen Affektionen mit bösartigen Neubildungen und der Strahlenpilzkrankheit.

Die Behandlung besteht in Auskratzungen und Ätzungen mit verschiedenen Mitteln: Milchsäure, chlorsaurem Zink, Kreosot, kampferhaltigem Naphthol, Karbolsäure usw.

In einer Fussnote berichtet Verf. über einen zweiten ähnlichen Fall, in welchem er nur Diplokokken und sonst keine anderen Keime fand.

Menier.

405. Schönemann-Bern, Über den Durchbruch eiteriger Mittelohrentzündung nach dem Pharynx. *Verhandlungen der Deutschen Otologischen Gesellschaft, Bd. 18, S. 307, bei Fischer-Jena 1909.*

53jähriges Herr, bei dem im 14. Lebensjahre Mastoiditis links auftrat. In den letzten Jahren Kopfschmerzen und Fieberperioden, denen sich Entleerungen von Eiter in den Rachen anschlossen. Zu dieser Zeit entleerte sich, wie Schönemann feststellte, aus einer über der linken Tonsille gelegenen Fistel Eiter, die Tube war frei von solchem und luftdurchgängig; eine in die Fistel eingeführte Sonde konnte in der Richtung nach dem linken äusseren Gehörgang vorgeschoben werden.

Schönemann weist auch auf die mögliche Bedeutung derartiger Durchbrüche für die Entstehung der Retropharyngealabszesse hin. Bl.

406. Solaro, G., Mailand, Sopra tre casi di gangrena primitiva della faringe. (Über drei Fälle von primärer Pharynxnekrose.) *Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia, September 1909.*

Nach Erörterung der Differentialdiagnose (Plauts Angina; Diphtheritis) berichtet Verf. über drei Fälle von primärer Pharynxgangrän. Alle drei Patienten waren jung, gesund und stark gebaut; zwei von ihnen lebten in sehr ungesunden Verhältnissen; sie starben an Sepsis. In zwei Fällen fand man Streptokokken in Reinkultur nicht nur in dem Exsudat, sondern auch in den tiefer liegenden Geweben.

Die Diagnose ist durch das Auftreten von grauen, schwärzlichen oder sogar schwarzen Plaques mit vorspringenden Rändern sehr erleichtert. Die Plaques selbst springen nicht vor, sondern bilden eine Vertiefung und wenn man sie aufhebt, entdeckt man wahre Ulzerationen (Differentialdiagnose mit Diphtheritis). Dazu kommt der Foetor ex ore, der charakteristisch ist und manchmal an fäkalen Geruch erinnert,

Menier.

407. **Winckler, Ernst, Bremen, Die Behandlung eiteriger Affektionen der Gaumentonsillen.** *Verhandlungen der Deutschen Otologischen Gesellschaft, Bd. XVIII, S. 256 ff., Jena, bei Fischer 1909.*

Verf. empfiehlt, wie schon früher, die Evulsion der Gaumenmandeln besonders vom ohrenärztlichen Standpunkte aus und gibt operative, bakteriologische und histologische Details. Bl.

4. Kehlkopf.

408. **Boenninghaus, G., Führt der Rekurrens des Menschen sensible Fasern?** *Passows Beitr. zur Anat. etc. des Ohres, der Nase und des Halses, Bd. II, Heft 6, 1. V. 1909.*

Der tierische Rekurrens führt (bei Kaninchen, Katzen, Ziege, Hund) ausnahmslos sensible Fasern (Schultz und Dorendorf). Boenninghaus konnte in einem Fall, in dem der menschliche Rekurrens bei einer in Lokalanästhesie ausgeführten Operation freigelegt werden musste, nachweisen, dass dieses äusserst schmerzempfindlich war, entgegen der verbreiteten Annahme. Nach Boenninghaus spricht theoretisch nichts Ernsthaftes gegen die Sensibilität des Rekurrens, für dieselbe aber, abgesehen von obigem Fall, der von Boenninghaus schon früher beschriebene als Neuritis anzusehende Druckschmerz im Verlauf des Rekurrentes, wie er nach Halskatarrhen nicht selten auftritt. Kronenberg.

409. **Cobos, Un caso de papiloma gigante laringeo.** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1082, v. 14. VII. 1909.*

Bericht über erfolgreiche Operation eines ausserordentlich grossen Papilloms, welches dem rechten Stimmbande aufsass, bei einem 68jährigen Mann. Stein-Wiesbaden.

410. **Claude, Henri, F. Lemaitre, Lyon-Caen, Pneumokokkenabszess des Kehlkopfes. (Abcès du larynx à pneumocoques.)** *Annales des maladies de l'oreille, Tome XXXV, Nr. 10, 1909.*

Die drei Autoren berichten kurz über eine seltene Lokalisation eines metapneumonischen Abszesses in der Kehlkopfgegend. Der Abszess lag subkutan dem rechten Schildknorpel auf, ohne Perichondritis herbeigeführt zu haben. Wohl kam es aber merkwürdigerweise links zu einer Schwellung innerhalb des Kehlkopfes unterhalb der Epiglottis und im Gebiete des linken falschen Stimmbandes. Lautmann, Paris.

411. **Ferri, Alcuni casi di stenosi laringea, complicanti la Scarlattina ed il morbillo. (Einige Fälle von Larynxstenose als Komplikation des Scharlachs und der Masern.)** *Bulletino delle Sinze mediche, Septembre 1909.*

Die Beobachtung einiger Scharlachfälle, die durch Diphtherie kompliziert wurden, zeigt, dass die letzte Krankheit die Gefahr steigert und wie die Scharlachinfektion den Boden für die Löfflerschen Bazillen vorbereitet. Daher ist es indiziert, Diphtherieantitoxineinspritzungen vorzunehmen, sobald Diphtheriefälle in der Nähe von Scharlachkranken beobachtet werden.

Bei den Masernkranken war die Stenose wahrscheinlich diphtheritischer Natur; die mit dem Heilserum erzielten Heilungen werden als Beweis angeführt. Menier.

412. **Lazarraga, Dos Extirpaciones Totales de Laringe Practicadas con Anestesia Lokal.** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1075, v. 21. V. 1909.*

Bericht über zwei erfolgreich ausgeführte Totalexstirpationen des Kehlkopfs wegen Karzinom, welche mit lokaler Anästhesie ausgeführt wurden. Es handelte sich um einen 58jährigen Mann und um einen 60jährigen Mann. Die lokale Anästhesie wurde in dem einen Falle mit einer $^{1}/_{2}$ %igen Lösung von Kokain und Eukain zu gleichen Teilen ausgeführt. In einem anderen Falle wurde eine $^{1}/_{2}$ %ige Lösung von Novakain benutzt. Die angewandte Menge betrug 40 ccm. Die Anästhesie war bei Benutzung des Novokains besser als bei der Benutzung der Kokain- und Eukainlösung. Stein-Wiesbaden.

413. **Hoffmann, R., München, Daueranalgesie im tuberkulösen Kehlkopf.** *Zeitschr. für Ohrenheilkunde etc., LIX. Bd., 2. und 3. Heft.*

Genaue Beschreibung der Technik und der Erfolge von Alkoholinjektionen in den inneren Ast des Nervus laryngeus superior zwecks Daueranalgesierung des tuberkulös erkrankten Kehlkopfes.

Oertel, Dresden.

414. **Marschik, Wien, Larynxkarzinom bei jugendlichen Personen.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde, LXXX. Jahrg., Heft 9.*

Zwei Fälle: Der eine betraf einen 24jährigen Mann, bei dem der exulzerierte nussgrosse Tumor, vom rechten Aryknorpel ausgehend nach der Gluckschen Methode radikal entfernt wurde, Trotzdem exitus letalis. Bei dem 2. Falle — 16jähriges Mädchen —, wo der erbsengrosse Tumor die vordere Hälfte des rechten Stimmbandes einnahm und die Probeexzision ein Plattenepithelkarzinom ergab, brachte die Radikaloperation Rettung.

F. M. Wolf, Würzburg.

415. **Rop, Kehlkopflähmung als erstes Zeichen einer allgemeinen Erkrankung.** *Archives internat. de laryngologie, September-Oktober 1909.*

Drei Fälle von einseitiger Lähmung der Dilatatores laryngis. Nach einiger Zeit entwickelten sich bei den betreffenden Patienten Symptome einer Tabes dorsalis. Menier.

4a. Sprache und Stimme.

416. **Fröschels, Wien.** *Wien. klin. Wochenschr. 45, 1909.*

Derselbe demonstriert:

1. Eine neue Methode, durch die man momentan unterscheiden kann, ob bei einem Fall von geschlossenem Näseln (Rhinolalia clausa) Wucherungen oder Deformitäten der Nase die Ursache bilden oder eine Hyperinnervation des Gaumenregels.

2. Demonstration einer Patientin mit Sigmatismus lateralis mit Angabe einer neuen Methode zur Beseitigung desselben.

F. M. Wolf, Würzburg.

417. **H. Stern, Wien.** *Wien. klin. Wochenschr. 45, 1909.*

Der Vortragende bespricht die grosse Wichtigkeit der Nachbehandlung der wegen Wolfsrachen operierten Fälle mittelst Stimm- und Atemübungen, Eine ausführliche Publikation des Systems wird noch erfolgen.

F. M. Wolf, Würzburg.

418. **Stern, Wien, Zur Diagnostik der Sprachstörungen.** *Wien. klin. Rundschau 47, 1909.*

Stern führt uns an der Hand eines klaren, übersichtlichen Vortrages die wichtigsten Hilfsmittel der Funktionsprüfung und Diagnose bei Sprachstörungen vor und zwar die Atemkurven, die phonetische Analyse, die Färbemethode und das Näseln. Würth, Würzburg.

5. Trachea. Bronchien. Ösophagus.

419. **Bayer, Heinrich, Über zwei besondere Fälle von Fremdkörperaspiration. (Aus dem pathologischen Institut zu Strassburg i. Els.)** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1909, S. 1123.*

Die aspirierten Fremdkörper waren Bestandteile des eigenen Körpers, im 1. Fall der I. Milchmolarzahn der rechten Oberkieferhälfte, im zweiten ein syphilitisches Sequester aus dem harten Gaumen. In beiden Fällen wurde der Befund erst durch die Obduktion festgestellt, im zweiten Falle klinisch der Fremdkörper vermutet. Die diesbezügliche klinische Diagnose lautete: Pyo-Pneumothorax rechts, Jauchung im rechten Unterlappen, vielleicht infolge aspirierten Fremdkörpers. Bronchoskopiert wurde aber in keinem Falle. Der Fremdkörper war in beiden Fällen in den rechten Bronchus geraten. Katz, Kaiserslautern.

420. **Botella, Nuevo caso de cuerpo extraño del bronquio derecho extraido por broncoscopia.** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1083, v. 21. VII. 1909.*

Mitteilung eines Falles von Extraktion einer Erdpistacie aus dem rechten Bronchus eines 5jährigen Kindes mit Bronchoskopie.

Stein, Wiesbaden.

421. **Botella, Cuerpo extraño del esófago extraido por esofagoscopia.** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1079, v. 21. VI. 1909.*

Bericht über erfolgreiche Entfernung eines Geldstückes aus der Speiseröhre eines 2jährigen Kindes mit Hilfe der Ösophagoskopie.

Stein, Wiesbaden.

422. **Botey, Un caso de estrechez infranqueable del esófago curado con la Dilatación Esofagoscópica.** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1087, v. 7. IX. 1909.*

Mitteilung eines Falles von narbiger Verengerung der Speiseröhre

bei einem 2jährigen Kinde nach Verbrennung mit heisser Brühe. Heilung durch allmähliche Dilatation mit dem Ösophagoskop.

Stein, Wiesbaden.

423. **Chiari, Wien.** *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1909.*

Der Autor teilt zwei Fälle mit, die die Leistungsfähigkeit der Bronchoskopie auch bei Fremdkörpern zeigen, die schon jahrelang in den untern Luftwegen verweilten. Eine Papierheftklammer, die schon 2 Jahre im rechten Hauptbronchus sass und zwei falsche Zähne mit einer Gummiplatte, die schon 7 Jahre im rechten Unterlappenbronchus eingekeilt waren, wurden mittelst Bronchoskop glücklich entfernt.

J. M. Wolf, Würzburg.

424. **Espina, Cuerpo extraño en el esófago. (Fremdkörper im Osophagus.)** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1073, v. 7. V. 1909.*

Mitteilung eines Falles von Extraktion eines verschluckten Gebisses aus der Speiseröhre. Stein, Wiesbaden.

425. **Espina, Cuerpo extraño en los bronquios. (Fremdkörper in den Bronchien.)** *Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid, Nr. 1069, v. 7. IV. 1909.*

Entfernung eines Pinienzapfens aus dem rechten Bronchus durch Bronchoskopie bei einem Knaben. Stein, Wiesbaden.

426. **Heindl, Wien, Beiträge zur direkten Tracheo-Bronchoskopie und zur Stenosenlehre der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, LXXX. Jahrg., 9. Heft.*

Ein äusserst komplizierter Fall von Trachealstenose durch einen verknöcherten Schilddrüsenlappen, einer kolloiden Zyste und Adenomknoten, der den Verfasser zu wichtigen Schlussfolgerungen für die Untersuchung, Behandlung und derartige Stenosenbildungen überhaupt veranlasst.

F. M. Wolf, Würzburg.

427. **May, München** (aus dem Garnisonslazarett daselbst). **Ein Fall von diffuser Ösophaguserweiterung.** *Münch. med. Wochenschrift 1909, Nr. 41, S. 2113.*

Es handelte sich um eine vor der Kardia liegende sackartige Erweiterung des Ösophagus, die entwickelungsgeschichtlich auf einen primären angeborenen Vormagen zurückgeführt wird. Klinisch wird die langsame Entwickelung der Krankheit auf den bekannten Turnus: Ösophagitis, Kardiospasmus, Ösophagusatonie zurückgeführt. Einzelheiten über diesen interessanten Fall sind in dem durch Röntgenbild und zwei photographische Reproduktionen illustriertem Original nachzulesen.

Katz, Kaiserslautern.

428. **Peters, Wien, Zur Kenntnis des Skleroms und der Osteome der Trachea.** *Wien. klin. Wochenschr. 45, 1909.*

Beobachtung eines primären Skleroms des Larynx und der Trachea. Der Obduktionsbefund und das Ergebnis der histologischen Untersuchung werden ausführlich mitgeteilt, wobei Verf. auch auf die Genese jener ge-

rade beim Sklerom bereits mehrfach beobachteten „Enchondrosen“ und „Exostosen“ („Östeome“) Bildungen näher eingeht.

F. M. Wolf, Würzburg.

429. **Schmiegelow, E., Kasuistische Mitteilungen.** *Verhandlungen der Med. Gesellsch. zu Kopenhagen, Hospitalstidende Nr. 36—1909.*

Schmiegelow berichtet über den schon früher anderswo veröffentlichten Fall von Cancer tracheae, ferner über 3 Fälle von Diverticulum oesophagi (der eine Fall auch in der Dän. oto-laryng. Ges. mitgeteilt), über einen Fall von Fremdkörper in der Speiseröhre, mittelst des Ösophagokops entfernt und über einen Fall von Fremdkörper in der Lunge, mittelst des Bronchoskops entfernt. Jörgen Möller.

430. **Tosten, E. von, Ein Fall von Atresia oesophagi congenita mit Ösophagus-Trachealfistel.** *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. XCVIII, S. 578.*

Erfolglose Operation obiger Missbildung bei einem Neugeborenen. Der obere Teil des Ösophagus endete blind an der Teilungstelle der Trachea. Der untere Teil stand mit dem Magen und mit der Trachea in offener Kommunikation. Stein, Wiesbaden.

431. **Toyofuku, Japan, Zur Kenntnis der Fremdkörper in den grossen Luftwegen.** *Monatsschrift der Ohrenheilkunde, X. 1909.*

Toyofuku berichtet über 2 Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien und zwar handelt es sich im ersten Falle um ein 4jähriges Kind, das an einer gangräneszierenden Pneumonie des Mittel- und Unterlappens der rechten Lunge nach Verschluss der beiden Hauptbronchien durch eine Kaffeebohne ad exitum gekommen war.

Der 2. Fall betrifft einen Mann, der infolge Aspiration eines Gazetupfers aus einer Tracheotomiekanüle plötzlich starb, da der Tupfer das Lumen der beiden Hauptbronchien und des unteren Teiles der Trachea komplett obturierte. Würth, Würzburg.

6. Mundhöhle.

432. **Eichhorst, Zürich, Über anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei akuter Quecksilbervergiftung.** *Med. Klinik 1909, Nr. 45.*

An den Organen eines 24jährigen Mädchens, das durch Sublimatvergiftung auf nicht ganz aufgeklärte Weise zugrunde ging, wurden eingehende histologische Studien gemacht. Der Verf. kommt zu dem Endergebnis: Ausser Hyperämie und Speichelstauung dürften andere anatomische Veränderungen zunächst in den Speicheldrüsen nicht vorhanden sein. Etwaige feinere anatomische Veränderungen in den Drüsenzellen selbst entziehen sich zurzeit wenigstens noch unseren histologischen Untersuchungsmethoden. F. M. Wolf, Würzburg.

433. **Frohmann, Charlottenburg, Die Grenzen der Injektionsanästhesie in der zahnärztlichen Chirurgie.** *Therap. Monatshefte, Nov. 1909.*

Die vielseitigere Anwendung der Lokalanästhesie in der Praxis des Zahnarztes gibt diesem besonders oft Gelegenheit, auf diesem Gebiet Er-

fahrungen zu sammeln. Das rechtfertigt die Besprechung der interessanten Arbeit, soweit sie auch für unser Fach von Wert ist. Nach der Erfahrung des Verf. hat sich eine 2proz. Novokainlösung in Verbindung mit Paranephrin oder Epirenan am besten bewährt. Kokain-Adrenalin bis zu 0,5% herab hat öfter Nebenwirkungen. Die Injektion der Novokainlösung in Mengen bis zu 12 ccm blieb ohne schädliche Wirkung. Wegen der Gefahr der Zersetzung empfiehlt sich, die Lösung stets frisch zu bereiten. Meist kombiniert Verf. die lokale mit der Leitungsanästhesie. Um eine ganze Oberkieferhälfte zu anästhesieren, sind 5 Einstiche erforderlich, 1. einer oberhalb der Wurzel des grossen Schneidezahns mit der Richtung nach dem Foramen infraorbitale zu, 2. oberhalb und zwischen der Wurzel des Eckzahns und ersten Bicuspis, 3. oberhalb der distalen Wurzel des ersten Molaren mit der Richtung nach der Tuberositas zu, 4. am Gaumen hinter dem grossen Schneidezahn in der Gegend des For. incisivum, 5. in der Höhe der Gaumenwurzel des ersten Molaren. Auch bei entzündlichen Prozessen lässt sich die Injektionsanästhesie verwenden, und zwar in Form der Leitungsanästhesie mit Umspülung des Herdes. Unangenehme Nebenwirkungen sind in manchen Fällen auftretende Schwellungen mit Spannungsgefühl, Schwindel, Kopfschmerz, Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Nachblutungen sind selten.

M. Levy, Charlottenburg.

434. **Kren, Otto, Über Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut.** *Aus der k. k. Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie zu Wien; Vorstand Prof. Dr. G. Riehl. Archiv für Dermatologie u. Syphilis, XCV. Bd., 2. u. 3. Heft 1909.*

Die Sklerodermie der Schleimhäute wurde ehemals von Auspitz geleugnet; sodann wurden einzelne Fälle in der Literatur sehr kurz und ungenau mitgeteilt, so dass man sich keine richtige Vorstellung machen konnte. Verf. gibt nun die ausführliche Beschreibung von 12 Fällen von Sklerodermie der Zunge und der Mundhöhle bei 12 weiblichen Patienten. Die Erkrankung der Schleimhaut ist in ihrer diffusen Form ein relativ häufiges Vorkommnis; allerdings nicht bei Beginn der Hautaffektion, sondern erst im späteren Stadium der diffusen Sklerodermie und namentlich der Sklerodaktylie wurden die Mundgebilde geradezu häufig ergriffen. Primäre Erkrankung der Schleimhaut der Mundhöhle oder der Zunge scheint zu den grössten Seltenheiten zu gehören. Am häufigsten ist die diffuse Form der Mundschleimhautsklerodermie, seltener die mit mehr weniger scharfen Abgrenzung, noch seltener sind scharf umschriebene Schleimhautplaques; eine bandartige Form der Sklerodermie an der Zunge ist nur einmal beschrieben. Bei der Schleimhauterkrankung sind dieselben Stadien zu unterscheiden wie an der Haut: Ödem, Infiltration und Atrophie. Am häufigsten gelangt das Stadium der Atrophie mit ausgedehnten Schrumpfungsprozessen zur Beobachtung. Ausser der Schleimhaut erkrankt auch die Muskulatur der Mundhöhle, hierbei auch die Zunge: Zungensklerodermie. Bei den 12 beobachteten Fällen zeigte es sich, dass der Prozess in der Mundhöhle mit der Zungenerkrankung begann und von hier aus erst auf die Nachbargebilde überging. Durch die Erkrankung der Zunge und der Muskeln der Mundhöhle kommt es zu Funktionsstörungen mancherlei Art: Einschränkungen

sämtlicher Bewegungen der Zunge, Erschwerung der Kaubewegungen, Schlingbeschwerden. Von der Erkrankung werden auch ergriffen der weiche Gaumen, mitsamt der Uvula, den Gaumenbögen und den Tonsillen. Meist handelt es sich hier um Atrophien; die Tonsillen atrophieren oft so sehr, dass man nur Reste von ihnen findet. Die Untersuchung des Pharynx und Larynx war wegen der Erkrankung der Mundhöhle meist recht schwierig. Von einem Fall liegt ein Sektionsbericht vor, bei dem ähnliche muköse und submuköse Veränderungen wie bei der Mundschleimhaut festgestellt wurden. Subjektiv treten bei Pharynxerkrankung besonders in Erscheinung Störungen beim Schlingakt. Die Untersuchung des Kehlkopfes liess nur das atrophische Stadium erkennen; Schwellung und Induration machen anscheinend so wenig Beschwerden und Symptome, dass sie nicht zur Untersuchung kommen. Da die Sklerodermie des Kehlkopfes den Laryngologen kein geläufiges Krankheitsbild darstellt, so wird bei den untersuchten Fällen oft nur eine „Anämie" festgestellt; tatsächlich handelt es sich aber um Teilerscheinungen einer nachweisbaren Sklerodermie. Bei ausgebildeten Atrophien des Kehlkopfes sind die Veränderungen stärker; in der Literatur sind mehrere derartige Fälle beschrieben. Wie oft die Mitbeteiligung der Zunge, der Schleimhaut des Mundes, Rachens etc. bei der Sklerodermie vorkommt, lässt sich, da man auf diese Erscheinungen erst in letzterer Zeit aufmerksam geworden ist, nicht in Prozenten ausdrücken, doch muss man sagen, dass die erwähnten Schleimhauterkrankungen bei der diffusen Sklerodermie und besonders bei der Sklerodaktylie sehr häufig zu beobachten sind.

Fendt, Wiesbaden.

435. **Schmith und Barnes, Sheffield, Ein Fall von oraler Sepsis mit eigentümlichen allgemeinen Symptomen.** *Brit. med. Journ., Sept. 18. 1909.*

Der Fall betraf einen Mann von 35 Jahren, der ungefähr zwei Monate an Anfällen von Gelenkschmerzen litt, begleitet von Schwellung, hohem Fieber und Schweiss. Das Auffallende bei den Anfällen war ihre kurze Dauer (nur einige Stunden) und ihre fast regelmässige quartane Periodizität. Malaria war ausgeschlossen und obgleich es unzweifelhaft ein Zustand von Septikämie war, so versagten doch wiederholte Versuche von Blutuntersuchungen. Es war ein Zustand oraler Sepsis, der durch Entfernung kariöser Zähne und Anwendung von Mundspülungen gehoben wurde, worauf Genesung eintrat. Guthrie, Liverpool.

7. Grenzgebiete.

436. **Adam, Berlin, Die eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Auges.** *Med. Klinik Nr. 46, 1909.*

Ein umfassendes Sammelreferat. F. M. Wolf, Würzburg.

437. **von Eiselsberg, Wien, Die Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen.** *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1909.*

Der Verf. wendet sich gegen das planlose Bestrahlen der Kröpfe, insbesondere in den Fällen, welche von vornherein solche Beschwerden darbieten, dass sie schliesslich doch voraussichtlich zur Operation kommen.

F. M. Wolf, Würzburg.

438. **Hauptmann, Hamburg** (aus dem Eppendorfer Krankenhaus), **Vikariierende Menstruation in Form von Lippenblutungen.** *Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 41, S. 2114.*

Inhalt geht aus Überschrift hervor. Es handelt sich um einen in der Literatur bisher einzig dastehenden Fall. Ätiologie dunkel.

Katz, Kaiserslautern.

439. **C. Kraemer, Bronchialdrüsendämpfungen im Interskapularraum und ihre Bedeutung für die Diagnose und spezifische Therapie der Tuberkulose.** *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. XIV, Heft 3.*

Verf. bezieht mehr oder weniger starke und ausgedehnte Schallveränderungen rechts und links neben der Wirbelsäule zwischen Spina und Angulus scapulae auf Bronchialdrüsentuberkulose, wenn sie nicht durch besondere Anzeichen auf eine Erkrankung des Lungengewebes selbst Bezug haben. — Die Behinderung der Lymph- und Blutzirkulation in der Hilusgegend infolge der tuberkulösen Bronchialdrüsenerkrankung macht die Dämpfung besonders deutlich.

Die Röntgendurchleuchtung ist ein wertvolles Kontrollmittel.

Verf. beobachtete unter Tuberkulinbehandlung Zurückgehen der Dämpfung. Die Tuberkulinkur bessert vor allem zunächst die Zirkulation in den erkrankten Gebieten. — Fälle mit Bronchialdrüsendämpfungen sollen diagnostisch sehr vorsichtig mit kleinen Dosen gespritzt werden, da sie leicht und heftig zu reagieren pflegen. Abbildungen illustrieren das Gesagte.

Schröder, Schömberg.

440. **Löwy, Brünn, Über Basedowsymptome bei Schilddrüsenneoplasmen.** *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1909.*

Nach Mitteilung der einschlägigen Fälle (6) aus der Literatur teilt Verf. zwei eigene Beobachtungen mit. Es handelte sich um in jüngerem Alter stehende Frauenspersonen, welche, obwohl jahrelang mit Struma behaftet, keinerlei Basedowsymptome boten. Erst mit dem Auftreten der malignen Geschwulstbildung in der Schilddrüse und deren Metastasen traten dieselben in die Erscheinung.

F. M. Wolf, Würzburg.

441. **Malcolm Morris, London, Die Schleimhautläsionen bei Hautkrankheiten.** *Brit. med. Journ. Aug. 28. 1909.*

Es wird hier auf eine Reihe von Hautkrankheiten hingewiesen, bei welchen die Schleimhaut und besonders die der Nase, der Kehle und des Mundes befallen sind und es erfolgt eine kurze Beschreibung der gewöhnlich beobachteten Läsionen. Bei den erwähnten Erkrankungen sind Zustände inbegriffen wie: Dermatitis herpetiformis, Epidermolysis bullosa, Lichen planus, Psoriasis und Acanthosis nigricans mit einer Anzahl von gewöhnlicheren Erkrankungen.

Guthrie, Liverpool.

442. 1. **Nielsen, Ludwig, Kopenhagen, Papulo-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweisung von Spirochaete pallida ungefähr 9 Jahre nach der Infektion.** *Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. 48, Nr. 2.*

2. **Jan Papée, Lemberg. Papulo-erosive Syphilide 10 und 13 Jahre nach der Infektion.** *Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. 48, Nr. 8.*

Nielsen gibt aus seiner Praxis drei Fälle von papulo-erosiven Syphiliden, Erscheinungen, die im allgemeinen der Frühperiode angehören, 9 bezw. 11 und 13 Jahre nach der Infektion bekannt.

Der papulös-erosive Typus gehört zu den selteneren Erscheinungen der tardiven sekundären Syphilide; nach der reichen Erfahrung Fourniers handelt es sich fast stets um rein erosive Formen. In einem Falle wurden die Rezidive jedesmal durch Rauchen hervorgerufen. Rauchverbot! Spirochaetae pallidae wurden bei dem einen Patienten — 9 Jahre nach der Infektion — in den Schleimhautsyphiliden des Mundes nachgewiesen. Es erklärt sich hieraus die mit den tardiven sekundären Syphiliden der Schleimhäute verbundene Ansteckungsgefahr. Bis zum 18. Jahre nach der Ansteckung sind solche Übertragungen beobachtet worden.

Papée beschreibt, veranlasst durch die Veröffentlichung von Nielsen, u. a. ebenfalls einen von ihm beobachteten Fall von papulo-erosiven Syphiliden der Mundschleimhaut, zehn Jahre nach der Infektion. Die Krankheitserscheinungen bestanden aus nässenden Papeln in den Mundwinkeln, auf beiden Lippen, am weichen Gaumen und auf der Zunge; sie hatten das charakteristische Aussehen von Frühsymptomen; daneben bestanden noch Tertiärsymptome. Eine Neuinfektion war vollständig ausgeschlossen. Patient war sonst von kräftiger Körperkonstruktion, war häufig und nach den geläufigen Anschauungen genügend antiluetisch behandelt worden und rauchte nur mässig.

(Das Thema der spätsekundären Syphilide der Mundschleimhaut, das von grosser praktischer Bedeutung ist, findet sich besonders ausführlich erörtert in des französischen Altmeisters Fournier, Syphilis secondaire tardive; neuerdings übersetzt von Sklarek: Sekundäre Spätsyphilis Verlag Jul. Springer-Berlin. Ref.). Fendt, Wiesbaden.

443. **Preiswerk, Basel, Ein Beitrag zu den Trigeminusneuralgien dentalen Ursprungs.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, S. 1370, 1909.*

An der Hand von zwei Krankengeschichten zeigt der Autor, wie nicht zum Durchbruch gelangte Zähne gelegentlich echte Neuralgien oder doch wenigstens neuralgieartige Schmerzen im Ausbreitungsgebiete eines Astes des 5. Nervenpaares hervorrufen. Katz, Kaiserslautern.

444. **Rivers, Newcastle-on-Tyne, Rhinologie als Hilfe bei der Diagnose der Lungentuberkulose.** *Brit. med. Journ. Aug. 14. 1909.*

Der Verf. stellt fest, dass es im allgemeinen ein ausgesprochenes Merkmal der Schwindsüchtigen ist, dass mit der Nase etwas nicht in Ordnung ist und dass dieser Umstand helfen könnte, sie als solche zu erkennen. Er hat eine grosse Zahl phthisischer Patienten untersucht, die zu der körperlich auserlesenen Klasse gehörten, wie Soldaten, Seeleute, Polizisten und hat eine ebenso grosse Anzahl Nichttuberkulöser derselben Klasse mit ihnen verglichen. Er findet, dass bei den tuberkulösen Soldaten oder Seeleuten

a) Nasenscheidewandverbiegungen, schleimig-eiterige Sekretion oder Krusten im Nasopharynx, Klagen über einseitige oder zweiseitige nasale Obstruktion, ob fortdauernd oder mit Unterbrechungen, mehr als zweimal so häufig sind als bei nichttuberkulösen Personen.

b) Nasale Obstruktion infolge von Septumdeviation ist nur halb so häufig. Guthrie, Liverpool.

445. **Schloffer, Innsbruck, Über Kropfoperationen.** *Med. Klinik 38, 1909.*

Schloffer berichtet an der Hand von 452 vorgenommenen Kropfoperationen über die verschiedenen Arten der Kröpfe, über die Komplikationen des Kropfes und die dessen Operation folgen; ferner über die Vorteile der beiden konkurrierenden Operationsmethoden; der Halbseitenexstirpation und der Enukleation. Meist wurde lokale Anästhesie angewendet. Er gibt die Möglichkeit des echten postoperativen Kropffiebers zu. Würth, Würzburg.

446. **Schwarz, Wien, Bemerkungen zur Röntgenbehandlung des Kropfes.** *Wien. klin. Wochenschr. 47, 1909.*

Schwarz stellt sich in einem kurzen Vortrage auf den Standpunkt, dass bei gewöhnlicher Struma keine Bestrahlung, sondern Operation, bei schwerer Struma Operation und dann Bestrahlung und endlich bei Morbus Basedow zuerst Bestrahlung mit eventuell folgender Operation von Wert ist. Würth, Würzburg.

447. **Smoler, Olmütz, Zur Operation der Hypophysentumoren auf nasalem Wege.** *Wien. klin. Wochenschr. 43, 1909.*

Smoler berichtet über eine von ihm auf nasalem Wege ausgeführte Freilegung der Hypophyse, nach welcher Patient infolge heftiger Blutung an Aspirationspneumonie starb. Zur Vermeidung der Aspirationspneumonie bei Operationen in der Mund- und Nasenhöhle empfiehlt er unter anderem die Operation am hängenden Kopf, ferner Halbnarkose in sitzender Stellung bezw. Lokalanästhesie; als sicherstes Verhütungsmittel die vorherige Tracheotomie mit Tamponade der Trachea während der Operation.

Würth, Würzburg.

448. **Solaro, Mailand, Reumatismo articulare acuto consecutivo ad un ascesso laterofaringeo. (Akuter Gelenkrheumatismus nach einem latero-pharyngealen Abszess.)** *Gazzetta degli ospedali 18. November 1909.*

Im Verlaufe einer latero-pharyngealen Adenophlegmone hatte Patient rheumatische Erscheinungen verschiedener Gelenke. Die Blutkulturen waren steril. Im Eiter fand man nach Gram färbbare Kokken, die in kurzen Ketten von 3—8 vereinigt, alle kulturellen Verhältnisse des Meyerschen Streptokokkus darboten. Die Impfversuche zeigten, dass er eine Art Streptokokkus ohne spezifische pathologische Eigenschaften darstellt; nur hat er eine gewisee Vorliebe zu einer elektiven Fixation auf den serösen Häuten. Es scheint, dass die rheumatische Erkrankung die Kundgebung einer allgemeinen, durch den Abszess verursachten Infektion war.

Menier.

449. **Wiener, Über den Thyreoglobulingehalt der Schilddrüse.** *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1909.*

Mitteilung der Resultate von Versuchen an Hunden und Schlussfolgerungen. F. M. Wolf, Würzburg.

450. **Zickgraf, G., Über die Brustmasse bei Menschen mit hohem, spitzbogigen Gaumen.** *Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. XV, Heft 2, 1909.*

Verf. hat, angeregt durch F. Blumenfelds Bemerkungen über das gleiche Thema (Handbuch der Therapie der Tuberkulose — Schröder-Blumenfeld) bei 35 Fällen mit hohem, spitzbogigen Gaumen Thoraxmessungen gemacht und festgestellt, dass solche Menschen einen in der Entwickelung zurückgebliebenen, infantilen Thorax haben mit manchen Anzeichen des Thorax phthisicus. Die Brustmasse sind gegen die Norm vermindert. — Da diese Thoraxverkümmerung mit der behinderten Nasenatmung solcher Menschen zusammenhängt, so ist die Therapie gegeben. Die Nase muss für die Atmung frei gemacht werden. — Ref. möchte auch auf die Methoden der modernen Zahnheilkunde hinweisen, durch welche mechanisch ein solcher spitzbogiger Gaumen abgeflacht wird, eine Operation, die besonders im Kindesalter leicht gelingt. Dadurch kann die Nasenatmung auch freier und einer mangelhaften Thoraxentwickelung vorgebeugt werden. Dass solche Fälle zur Tuberkulose der Lungen besonders disponiert sind, ist klar. Schröder, Schömberg.

III. Bücherbesprechungen.

Victor Lange, Kopenhagen, klinische Mitteilungen aus dem Gebiete der Ohren- und Nasenkrankheiten. Für Studierende und Ärzte. *Berlin 1910. Verlag von S. Karger. 126 S.*

In dem vorliegenden Werkchen handelt es sich um „Skizzen", die für Studierende und Arzte berechnet sind, mit denen der Autor gleichzeitig seinem verstorbenen Feunde Max Schäffer einen Gedenkstein zu errichten wünscht, freilich aber auch Skizzen, die ziemlich zusammenhanglos aneinander gereiht sind. Will man indessen den wahren Wert derselben beurteilen, so muss man wissen, dass der Autor, ein Schüler Wilhelm Meyers, nach 30jähriger praktischer Tätigkeit in genauer Kenntnis der Bedürfnisse des Praktikers gerade diejenigen Erkrankungen besonders hervorhebt, die in der allgemeinen und spezialistischen Praxis eine bedeutende Rolle spielen. Und hier schöpft er aus einem Born reicher Erfahrung, wenn auch die spezialistische Welt nicht immer der gleichen Ansicht wie Verfasser sein wird. Darin liegt eben die Stärke und wenn man will auch die Schwäche der Ausführungen, dass eben die Wiedergabe eigener Erfahrungen gleichzeitig dem Subjektivismus Tür und Tor öffnet. Das bezieht sich auf alle Kapitel, besonders auf die therapeutischen Ausführungen. Wenn wir in dieser Besprechung von den Kapiteln, die Ohrenkrankheiten gewidmet sind, absehen, so behandelt Verfasser nach einleitenden Bemerkungen allgemeiner und spezialistischer Art die Bedeutung eines gesunden Nasenrachenraumes, daran anschliessend hypertrophischen und atrophischen Katarrh; therapeutische Bemer-

kungen. Dann folgen der Reihe nach: „über den adenoiden Habitus und über die Enuresis nocturna"; allgemeines über die Bedeutung gesunder Resonanzräume für die Stimme beim Sprechen und Singen; die Rhinitis; Epistaxis spontanea; Fissuren und Borkenbildung in den vorderen Teilen der Nase; die akute Angina; die tonsillären und peritonsillären Abszesse; einige Bemerkungen zur Frage der Operation adenoider Vegetationen nebst Angabe eines Ringmessers (mit Fangapparat) und endlich einige seltene Fälle von Idiosynkrasie gegen verschiedene Mittel nach äusserlichem Gebrauch.

Liegt hier auch kein systematisch aufgebautes Lehrbuch vor, so wird der allgemeine Praktiker manchen Rat für die Praxis hier finden und aus dieser Perspektive heraus ist dem Büchlein weite Verbreitung zu wünschen.

L. Katz, Kaiserslautern.

J. Fein, **Rhino- und laryngologische Winke für praktische Ärzte.** *Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1910. 191 S.*

Verfasser schrieb sein Werk für Ärzte, welche mit der Untersuchung und Behandlungstechnik nicht vertraut sind und hat deshalb eine Einteilung getroffen, welche sich nicht nach wissenschaftlichen Grundsätzen, sondern nach den hervorstechendsten Erscheinungen, wie sie dem Praktiker in die Augen fallen, richtet.

Nach alter Erfahrung ist das Lesen von Werken, welche für Anfänger geschrieben wurden, auch für den Erfahrensten von grossem Nutzen, vorausgesetzt, dass das Werk gut geschrieben ist und die reichen Erfahrungen seines Verfassers zurückspiegelt. Feins Buch entspricht den höchsten Anforderungen, welche für Bücher dieser Art gestellt werden können und es erweckt ein stets wachsendes Interesse, welches bis zum Ende wach bleibt.

Die Einteilung ist eine überaus glückliche: Die Nasenkrankheiten werden eingeteilt in solche, deren Erkennung und Behandlung durch die Untersuchung von vorneherein möglich ist und ferner in solche, welche fachtechnische Kenntnisse erfordern, bei ersteren werden die Krankheiten, welche ohne Anwendung eines Instrumentes erkannt und behandelt werden können (Ekzem, Rotlauf, Septumabszess, Nasenbluten etc.) und dann jene, wo ein Spekulum angewendet werden soll, besonders besprochen. Die Halskrankheiten werden auf Grund der Halsschmerzen eingeteilt in solche, wo der Schmerz eine äussere Ursache hat, dann in jene mit inneren Ursachen; hier folgt dann die topographische Teilung. Die Krankheiten der Mesopharynx teilen sich in solche mit Schluckschmerz und weissen Flecken, dann mit Schluckschmerz und Geschwüren, ferner in solche mit Schluckschmerz ohne weisse Flecken und Geschwüre.

Selbstverständlich kann ein Buch, welches Unerfahrenen als Richtschnur dienen soll, nicht im üblichen Stiele von Handbüchern, welche die verschiedensten Ansichten nebeneinander respektieren, gehalten werden; es ist im Gegenteil notwendig, dass die persönliche Erfahrung und individuelle Auffassung des Verfassers die unsicheren Seelen, welche dieses Buch zur Selbsterziehung oder in den schweren Stunden der Not aufschlagen, unterstützt. Es wäre also unrichtig, auf sehr vereinzelte unwesentliche Fragen, wo sich Verfassers und Referenten Ansichten nicht ganz decken, hinzuweisen. Nur sollte sich die Mahnung: Untersuchung und Behandlung von gewissen Erkrankungen dem Geübten zu überlassen, sich in der nächsten Auflage weniger häufig wiederholen, obwohl Verfasser vollständig Recht hat., Nun sind aber solche Mahnworte wenig geeignet, den Widerwillen der praktischen Ärzte, welche sich ohnedem gegen das Spezialistentum wehren, zu besiegen und ein gewissenhafter praktischer Arzt fühlt es auch stets, wo er mit dem eigenen Wissen zu Ende ist und spezialärztlicher Hilfe bedarf.

Die buchhändlerische Ausstattung ist gut, 40 Abbildungen erläutern den Text und ein ausführliches Register erleichtert sehr die Orientierung in dem auch sonst sehr übersichtlich gehaltenen Buche. Polyák.

Ziegler u. Krause, Röntgenatlas der Lungentuberkulose. (II. Supplementband der „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.) *Verlag C. Kabitzsch, Würzburg. 1910. Preis 40 Mk., für Abonnenten der Beiträge 30 Mk.*

Das Werk stammt aus der Heilstätte Heidehaus bei Hannover, dessen dirigierender Arzt und I. Assistenzarzt die Verfasser sind.

Auf 15 Seiten einleitenden Textes wird ein Überblick über den augenblicklichen Stand der Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose und besondere diesbezügliche Erfahrungen der Verfasser gegeben, werden die hierbei obwaltenden Projektionsverhältnisse erläutert, es ist die Technik kurz beschrieben und die Röntgenuntersuchung in ihrem Verhältnis zu den anderen klassischen Diagnosticis bewertet, sowie auch die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Leiden (Kollapsatelektase, Pneumokoniosen) berücksichtigt. Es folgen 61 Tafeln in bester nicht zu kleiner Wiedergabe, mit begleitendem Texte; zunächst kommen normale Lungen, ferner 9 Leichenaufnahmen mit Sektionsbericht, dann viele Fälle leichterer Erkrankung (Hilus- und Spizenaffektionen), endlich schwerere Erkrankungen und Komplikationen der Lungentuberkulose mit Pleuraexsudat, Emphysem und Pneumothorax. Alle Aufnahmen vom Lebenden sind, wie erforderlich, in Inspirationsstellung angefertigt.

Die Deutung der Röntgenbefunde zeugt von einer grossen Erfahrung der Autoren. Referent hat dazu nur weniges zu bemerken. Die Ansicht der Verfasser (Seite 5 und 6), dass die Verzweigung des Bronchialbaumes auf guten Bildern bis in die Peripherie zu erkennen ist, ist sicher nicht ganz richtig. Vor einigen Wochen wollte sogar ein Patholog nachweisen, dass nur die Lungenblutgefässe die sogen. Lungenzeichnung bedingen. Auch das trifft nach des Referenten und anderer Röntgenologen Meinung nicht zu, sondern schiesst über das Ziel hinaus. In Berücksichtigung der Projektions- und Absorptionsgesetze dürfte folgende Ansicht weiter zu Recht bestehen und sich leicht beweisen lassen, dass die Lungenzeichnung am Hilus und seiner nächsten Umgebung von den Gefässen und Bronchien, an allen anderen Teilen nur von den Gafässen herrührt. — Es ist vergessen worden anzugeben, ob die Aufnahmen im Stehen oder Liegen angefertigt sind. Bei Beurteilung der Bilder grosser Kavernen muss man darüber orientiert sein. — Das Bild des stark verbreiterten oberen Teils des Mittelschattens Tafel 19 ist ein typischer Befund für Vorhandensein tumorartig vergrösserter Mediastinaldrüsen. — Bei Tafel 20 wäre auf die lehrreichen Zwerchfellkonturen hinzuweisen; so findet sich hier rechts nach der Mitte zu eine Pleuraadhäsion, nach aussen zu hingegen Sagittal-(Husten-)Furchen (der Leber), letztere Veränderung ebenfalls auf Tafel 28. — Interessant ist ferner, die durch die Lungentuberkulose (Pleuraperikardadhäsionen, Druck, Zug, Thoraxschrumpfung u. a.) bedingte grössere und geringere Dislokation des Herzens zu beachten, es wäre hier auf die Tafeln 8, 21, 33, 35, 38, 39, 40, 43, 47, 48 hinzuweisen.

Wir haben bisher zwar viele Röntgenarbeiten über Lungentuberkulose, sie finden sich aber sehr zerstreut und nur bei wenigen ist das beste Reproduktionsverfahren angewandt. Das beste ist aber hier gerade gut genug, alle anderen Abbildungen sind für das Studium vollständig wertlos. In den Verhandlungen des 4. Röntgenkongresses finden wir prächtige Ausführungen über die volle Leistungsfähigkeit der Röntgendiagnostik bei der Lungentuberkulose, aber ohne Abbildung. Hier in dem Atlas von Ziegler und Krause haben wir ein Werk vor uns, das uns ein reiches Material, kritisch verarbeitet, in bestmöglichster Darstellung, zum Teil mit autoptischer Kontrolle der Röntgenogramme bringt, das jeder röntgenologisch tätige Lungenarzt bezw. -heilstätte besitzen muss und aus dem selbst der erfahrene Röntgenspezialist recht viel lernen kann.

Köhler-Wiesbaden.

Denker, Alfred, Die Behandlung der Erkrankungen der Nase, des Racheus und des Kehlkopfes. *Sep.-Abdruck aus Penzoldt-Stintzing: Handbuch der gesamten Therapie.*

Den Zwecken des Handbuchs entsprechend ist auf die Therapie der grösste Wert gelegt, während die Pathologie in kurzen Absätzen auf das Nötigste beschränkt ist.

Eine wesentliche Schwierigkeit bei derartigen Darstellungen, die sich in den Rahmen eines allgemeinen Sammelwerkes einordnen, liegt wohl darin, dass die einzelnen Teile in einer gleichmässigen Kürze abgehandelt werden, so dass alles Wesentliche zum Ausdruck kommt. Das ist dem Autor sehr gut gelungen und der Praktiker kann hier über alle wichtigen Fragen unseres Spezialgebietes Rat finden.

Für den Spezialisten findet sich natürlich kaum Neues, ein näheres Eingehen auf Einzelheiten ist daher nicht nötig. Wir möchten es aber gerade als einen Vorzug dieser Bearbeitung ansehen, dass nur Bewährtes und allgemein Anerkanntes gebracht ist. Die Darstellung ist überall klar und präzise, so dass sich dieses rhino-laryngologische Kapitel dem hinreichend bekannten Sammelwerke durchaus würdig einreiht. Bl.

IV. Gesellschafts- und Kongressberichte.

I. Verein deutscher Ärzte in Prag. Sitzung 11. Juni 1909.

Piffl erwähnt zwei Fälle von Oberkieferverletzungen, im I. Falle wurde bei Extraktion einer Zahnwurzel die bereits kariös erkrankte untere Antrumwand eingebrochen, monatelange dauernde Eiterung, die durch Operation nach Luc-Caldwell beseitigt wurde.

II. Verletzung durch Revolverschuss. Das Projektil drang unter dem rechten Jochbogen in die rechte Kieferhöhle ein, gelangte quer durch die Nase in die linke Oberkieferhöhle und trat unter dem linken Jochbogen aus. Orbita beiderseits unverletzt. Rechts baldige Heilung, links profuse fötide Eiterung, die sich durch die zertrümmerte faziale Wand Abfluss verschaffte, und zwar in die Mundhöhle. Operative Beseitigung der nekrotischen Knochenpartien und kolossalen Granulationswucherungen, Anlegung einer breiten Verbindung mit der Nase; Heilung in 6 Wochen. Imhofer.

II. Rhino-Laryngologische Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins. Sitzung vom 2. Juni 1908.

1. Z. v. Lénárt. Stellt den bereits einmal schon demonstrierten Fall von chron. Ödem des Kehlkopfes, welches sich in längerer Zeit nicht geändert hat, wieder vor.

In der Diskussion schlägt Donogány eine Behandlung mit Thyreoidintabletten, v. Navratil sen. mit Sajodin vor; Poljàk hält den Fall weder für entzündliches noch für Stauungs-Ödem, sondern für eine aus unbekannter Ursache entstandene Hyperplasie der Kehlkopfschleimhaut. v. Lénárt erklärt, dass Patient Thyreoidintabletten ohne Erfolg genommen hat. Die erste histologische Untersuchung wies ödematöses Gewebe nach, jetzt soll neue Exzision und Untersuchung ausgeführt werden.

2. v. Navratil jun. Fall von Angiom des Kehlkopfes. Auf dem angeschwollenen linken Taschenbande sind zwei linsengrosse Angiome sichtbar. Im Notfalle soll eine extralaryngeale Operation gemacht werden.

Diskussion. v. Lènárt hält den Fall nur für Hypertrophie und ist für endolaryngeale Operation. Derselben Meinung ist Donogány, verlangt aber auch die mikroskopische Untersuchung.

3. A. Lipscher. Zwei Fälle von Kieferhöhlengeschwülsten.

Im ersten Falle ist eine wahrscheinlich benigne Geschwulstbildung, im zweiten Falle aber Karzinom vorhanden.

Sitzung vom 27. Januar 1909.

1. A. v. Irsai Geheilter Fall von Geschwulst der Nasenscheidewand.

Bei einem an Lungentuberkulose leidendem Manne, welcher Lues in Abrede stellt, ist neben gummösen Veränderungen der Schädelknochen eine ulzerierende Geschwulstbildung des Septums sichtbar. Die histologische Untersuchung sprach eher für Tuberkulose, Opthalmoreaktion und Pirquet fielen positiv aus. Nach Jodkali-Gebrauch vollständige Heilung.

2. H. Zwillinger. Neubildung in der Luftröhre, der praktische Wert der Durchleuchtung der Luftröhre.

Ungefähr 4 cm tief unterhalb den Stimmlippen entsprechend dem V. Trachealringe ist eine die Luftröhre stark stenosierende aus zwei Hervorwölbungen bestehende Geschwulst von glattroter Oberfläche sichtbar. Zwillinger ist geneigt den Fall für Sklerom zu betrachten und will zuerst die Radiotherapie anwenden. Zur Aufklärung der topographischen Verhältnisse hat er die einfache und auch die Röntgen-Durchleuchtung versucht und beide Methoden unbrauchbar gefunden.

3. C. Lang. Operierter und geheilter Fall von mit Nekrosen komplizierter Eiterung der Stirn und der Kieferhöhle und der Siebbeinzellen.

Dem Referenten nicht zugänglich.

Sitzung vom 25. Mai 1909.

1. C. Morelli, Sarcoma tonsillae. Die 47 Jahre alte Frau ist seit 5 Monaten krank, die rechte Mandel war nussgross. Faustgrosse Anschwellung aussen am Halse. Die mikroskopische Untersuchung wies ein Rundzellensarkom nach. Vortr. hat Injektionen mit Schmidts Antimeristin angewendet, nach 43 Injektionen ist eine sehr wesentliche Verkleinerung der Geschwulst erzielt worden. Die Behandlung wird fortgesetzt.

2. Z. v. Lénárt. Papillarkarzinom der Nase.

3. Derselbe: Nasensteinbildung um einen Fremdkörper.

4. C. Lang. Einfache Radikaloperation der Choanalpolypen.

Polyàk.

III. Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft. 63. Sitzung vom 6. Oktober 1909.

Vorsitzender: Prof. Mygind.
Schriftführer: Dr. Blegvad.

I. Schousboe: Fall von primärer Rachentuberkulose.

Demonstration eines 10jährigen Mädchens mit grossem Rachengeschwür, seit 1½ Jahr in Beobachtung; Geschwür während dieser Zeit von wechselnder Grösse, bisweilen ganz geheilt. Mikroskopie: Tuberkulose. Keine Tuberkulose in anderen Organen nachweisbar. Das Geschwür wurde durch Jodkali-Quecksilberbehandlung günstig beeinflusst.

II. Schousboe: Fall von Obliteration der Speiseröhre.

19jähriger Stuckarbeiter mit Narbenstenose nach Salzsäureätzung vor 11 Jahren; Magenfistel angelegt. Durch die Speiseröhre passiert überhaupt nichts, das Ösophagoskop lässt sich nur bis 30 cm von der Zahnreihe hineinführen und

die Speiseröhre scheint hier völlig verschlossen zu sein. 14 Tage später erscheint Patient wieder und präsentiert eine Moulage der Verengerung. Er hatte ein paar Esslöffel Gipsbrei und dann einen Spagatfaden geschluckt; der Spagat war auch richtig in den Gips hineingegossen worden, als er aber das ganze hinaufziehen wollte, begegnete er starken Widerstand und schliesslich folgte mit dem Faden nur ein kleines Stück des Gipsblocks hinauf; nach 14 Tagen gelang es ihm jedoch durch „Erbrechen" das übrige zu entleeren. Der Abguss gibt eine sehr gute Vorstellung von der Gestalt der Verengerung.

III. W. Waller: Fall von Empyema cellulae ethmoidalis ant. mit endokraniellen Komplikationen.

25jähriger Arbeiter mit 2 Jahre dauernder Nebenhöhleneiterung. 8 Tage nach der Operation meningeale Erscheinungen, die jedoch wieder zurückgingen; später intermittierender Kopfdruck, von Temperatursteigerung begleitet. Bei Kraniotomie wurde nichts gefunden.

Ausserdem ein otologischer Vortrag. Jörgen Möller.

V. Kongresse und Vereine.

Verein Deutscher Laryngologen, 11.—12. Mai 1910.

Da die Bildung eines Lokal-Komitees für die diesjährige Tagung des Vereins in Leipzig auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestossen ist, hat der Vorstand des Vereins beschlossen, die diesjährige Tagung nicht in Leipzig stattfinden zu lassen, sondern auf die Einladung der Dresdener Kollegen zurückzugreifen und dort die Versammlung abzuhalten.

Das 1908 in Wien gewählte internationale Komitee, das zurzeit aus den Herren Chiari, Dundas Grant, B. Fränkel, J. W. Gleitsmann, P. Hellat, P. Heymann, G. M. Lefferts, L. Lubliner, F. Massei, E. J. Moure besteht, hat beschlossen, den nächsten, III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongress 1911 in Berlin stattfinden zu lassen. Infolgedessen hat am Montag, 17. Januar 1910 in Berlin die konstituierende Versammlung eines Exekutiv-Komitees stattgefunden.

Es wurden zu Präsidenten gewählt die Herren Fränkel, Landgraf, P. Heymann; zu Schriftführern die Herren A. Rosenberg, Grabower, Finder (letzterer für das internationale Komitee).

Der Kongress soll Ende August oder Anfang September 1911 stattfinden.

Referate und Referenten werden von dem internationalen Komitee festgesetzt.

Von Herrn Prof. Rosenberg-Berlin erhalten wir noch folgende Mitteilung:

Nach den Mitteilungen des Vorsitzenden des internationalen Komitees für den III. Laryngo-Rhinologenkongress soll derselbe 1911 in Berlin stattfinden. Die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin hat in ihrer Generalversammlung vom 14. Januar d. J. ihre herzliche Freude darüber ausgesprochen, dass Berlin die Ehre haben soll, den Kongress zu beherbergen. Der Gesamtvorstand der Laryngologischen Gesellschaft hat sich als Exekutivkomitee für den Kongress konstituiert und wird sich durch Kooptation bekannter Laryngologen aus Deutschland ergänzen. Der Kongress soll Ende August oder Anfang September stattbaben. Den Kongress betreffende Anfragen an den Schriftführer des Exekutivkomitees, Prof. Rosenberg, Berlin N.W. 6, Schiffbauerdamm 26, resp. an Dr. Finder, Berlin W. 62, Nettelbeckstr. 17, den Schriftführer des internationalen Komitees, welches sich die Bestimmung der Referate und Referenten vorbehalten hat.

Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, 18.—23. Sept. 1910 in Königsberg.

VI. Personalia.

Als Privatdozenten zugelassen: Herr Giovanni Vitalba in Neapel, Herr Luigi Rugani in Turin, Herr Carlo de Rossi in Rom.

Herrn Professor Dr. Preysing ist der Lehrauftrag für die vereinigten Fächer Oto-Laryngologie an der Akademie in Cöln übertragen.

Herr Dr. Hegener in Heidelberg ist zum Professor extraordinarius ernannt.

VII. Fortbildungskurs.

Prof. Wittmaack und Privatdozent Brünings beabsichtigen vom 18. bis 23. inkl. April d. J. in der Ohrenklinik Jena spezialärztliche Fortbildungskurse abzuhalten: 1. Normale und pathologische Histologie des inneren Ohres mit Berücksichtigung klinischer Krankheitsbilder. 2. Direkte Laryngo-Broncho-Ösophagoskopie mit Übungen am Lebenden. 3. Typische oto-rhinologische Operationen. Die Kurse können einzeln belegt werden. Nähere Auskunft durch die Direktion der Ohrenklinik.

Anwendung der Lokalanästhesie bei Radikaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterung[1]).

Von

H. Luc, Paris.

Es sind 10 Jahre her, dass ich auf die Bitte des Professors Reclus zum ersten Male Gelegenheit hatte an einem seiner Patienten eine Mastoidoperation bei lokaler Anästhesie vorzunehmen. Professor Reclus übernahm selbst die Anästhesierung des Operationsfeldes durch eine Reihe von Kokaineinspritzungen, einige an der Oberfläche in die Haut, die andern tief, direkt auf den Knochen. Meine Operation konnte vollständig ausgeführt werden, ohne dass der Patient über starke Schmerzen geklagt hätte.

Seitdem habe ich auf die gleiche Weise andere Kranke operiert, die an akuter Mastoiditis litten und bei denen eine allgemeine Anästhesie aus verschiedenen Gründen kontraindiziert war. In der letzten Zeit, nachdem wir von verschiedenen Artikeln Kenntnis erhielten, die über die anästhetische Kraft des Novokains berichteten und die viel weniger toxische Wirkung dieses Mittels im Vergleich zum Kokain darlegten, haben Guisez und ich selbst versucht, die Vorteile des in Rede stehenden Medikamentes zu verwerten um eine Anwendung der lokalen Anästhesie bei den meisten der wichtigsten operativen Eingriffe im Bereiche unserer Spezialität zu unternehmen und zu propagieren, wie die submuköse Septumresektion, Laryngo-Fissur, Radikaloperation der Kieferhöhle nach Caldwell-Luc, Radikaloperation des Mittelohres. Wir wendeten sub- oder intrakutane und sub- oder intramuköse Injektionen bei diesen Operationen an, die aus 1%-iger Lösung von Adrenalin mit Novokain bestehen nebst Appli-

[1]) **Vortrag, gehalten in der „Société parisienne d'oto-rhino-laryngologie".**

kation einer 5% Kokainlösung auf die Schleimhäute, oder, in letzter Zeit, von Adrenalin-Novokain. Guisez hat ausserdem mit Erfolg dasselbe Anästhetikum in seiner ösophagoskopischen und tracheobronchoskopischen Praxis angewandt. Diese verschiedenen Arten der Anwendung werden der Gegenstand einer weiteren und wichtigeren Publikation sein.

Ich möchte mich heute darauf beschränken, über einen kürzlich vorgekommenen Fall zu berichten, bei dem ich dank meiner Methode an einer jungen Frau, die immerhin sehr nervös war, eine Operation ausführen konnte mit nur unbedeutenden Schmerzen und vollem Erfolge, was das Resultat der Heilung anbetraf. Das Verfahren bestand in Öffnung der beiden von chronischer Eiterung befallenen Stirnhöhlen von aussen mit Ausdehnung der Knochenöffnung nach unten nach Taptas-Killian, um die vollständige Eröffnung des Siebbeines herbeizuführen und die Schaffung einer breiten Kommunikation mit der Nasenhöhle zu ermöglichen. Ich freue mich, Ihnen zugleich die Patientin mit allen Zeichen vollständiger Heilung vorstellen zu können. Allerdings ist eine Doppelnarbe nachgeblieben, die aber wenig entstellend wirkt. Gestatten Sie mir, Ihnen kurz den klinischen Verlauf zu schildern, der, wie mir schien, sehr lehrreich und wert ist, dargelegt zu werden wegen den ganz besonderen diagnostischen Schwierigkeiten, die er bot.

Es handelt sich um Mm. B., Wäscherin, 33 Jahre alt. Sie konsultierte mich Anfang dieses Septembers wegen einer übelriechenden Absonderung aus der rechten Nasenhöhle.

Bei der Rhinoskopie zeigte sich eine Schwellung der mittleren Muscheln unter welcher man rahmigen Eiter herausfliessen sah. Bei der Durchleuchtung blieb die suborbitale Gegend und die Pupille der rechten Seite dunkel, während dieselben Teile der linken Seite vollständig erhellt wurden. Die Untersuchung des Mundes zeigte mir zwei Zahnstummel an der Stelle der zwei ersten grossen Backenzähne. Da diese Zahnstummel besonders schwer zu entfernen waren, so machte ich mich selbst daran, sie mit Hohlmeissel und Hammer zu entfernen, nach lokaler Anästhesie mit Novokain, worauf eine Punktion gemacht wurde mit darauffolgender Ausspülung durch den unteren Nasengang, was den Austritt übelriechenden Eiters bewirkte, der sich mit der Flüssigkeit vermengte.

Ich machte bis zu zwölf derartige Spülungen mit einer Pause von drei und vier Tagen. Die letzte wurde am 7. Oktober gemacht und da die Eiterung immer gleich reichlich und übelriechend war, machte ich der Patientin den Vorschlag, eine Radikaloperation mit Lokalanästhesie vorzunehmen, worauf sie ohne Zögern einging. Nach

der Technik, die ich vorher beschrieben und die in Anwendung einer Kokain-Adrenalinlösung von 20 auf 100 auf die äussere Wand der Nasenhöhle und im Innern des Antrums, wenn dieses eröffnet, und in Injektionen einer Lösung von Adrenalin-Novokain zu 1 auf 100 in die Wangenschleimhaut und unter dieselbe besteht, konnte die Operation in sehr vollkommener Weise und unter unbedeutenden Schmerzen ausgeführt werden. Spülungen die nach einigen Tagen und zu wiederholten Malen in der Eiterhöhle durch die künstliche Öffnung ausgeführt wurden, förderten kein einziges Mal die geringste Spur von Eiter zutage.

Jedoch als ich am 20. die Nasenhöhle untersuchte, bemerkte ich einen Tropfen rahmigen Eiters, welcher zwischen kleinen Polypen hervorquoll, die die mittlere Muschel bedeckten. In der Annahme, dass dieser Rest der Eiterung einer Beteiligung des Siebbeines zuzuschreiben sei, führte ich gleich eine Resektion der mittleren Muschel und aller erreichbaren Teile des Siebbeinlabyrinthes mit einer meiner flachen Zangen aus.

Am 23. konstatierte ich immer noch dieselbe Eiterabsonderung und da ich bemerkte, dass sie stärker war wenn die Patientin ihren Körper nach vorne gebeugt hatte, während sie, da die Nasenlöcher verstopft waren, einen längeren und stärkeren Versuch der Einatmung machte, kam mir der Gedanke einer Komplikation von seiten der Stirnhöhle und ich untersuchte die in Frage kommende Stelle von neuem.

Mein Erstaunen war gross als ich nach neuer Durchleuchtung oberhalb des Auges bemerkte, dass sich die rechte Hälfte der Stirn bedeutend stärker erhellte als die linke; als ich andererseits die Empfindlichkeit derselben Region auf Druck versuchte, konstatierte ich, dass der Druck nur links von der Mittellinie schmerzhaft war. Meine Aufmerksamkeit richtete sich sogleich auf die linke Nasenhöhle, über welche Patientin nie geklagt hatte, und ich sah mit einer, einen Irrtum ausschliessenden Deutlichkeit rahmigen Eiter aus der Höhe des mittleren Nasenganges fliessen, ohne dass auch nur eine Spur von Polypenbildung der umgebenden Schleimhäute bemerkbar war. Schliesslich zeigte mir die Durchleuchtung, dass die rechte Pupille immer gleich dunkel und die linke erhellt war. Dass die linke Kieferhöhle frei war, wurde auch noch durch eine Punktion von der Nase aus festgestellt, welcher eine Spülung folgte, die vollkommen klar blieb.

Im ganzen zeigten sich nebeneinander ziemlich widersprechende Anzeichen einer ein- oder doppelseitiger Komplikation von seiten der Stirnhöhle.

In der Tat, wenn das Vorhandensein einer doppelseitigen Eiterabsonderung in der Gegend des mittleren Nasenganges stark — per

exclusionem — an einen frontalen Ursprung des Eiters denken liess, so sprachen doch die augenfällige Helligkeit der rechten Stirnhälfte, wie die Unempfindlichkeit derselben Seite gegen eine rechtsseitige Stirnhöhleneiterung; und wenn die Erkrankung der linken Seite sehr wahrscheinlich war, so wäre es doch anormal gewesen, dass die Kieferhöhle derselben Seite frei von jeder Eiterung sein sollte. Wie die Sache lag, wandte ich mein gewöhnliches Verfahren an, in der Lokalanästhesie eine Explorativöffnung der Stirnhöhle vorzunehmen, genau an dem Punkte, wo man die meiste Aussicht hat, die Eiterung zu finden, nämlich gleich oberhalb der Naht des Stirnfortsatzes des Oberkiefers mit dem Stirnbein mit der Absicht, falls sich Eiter in der Höhle fände, ihn vollständig zu entfernen. In diesem besondern Falle jedoch, da die Patientin, welche die Radikaloperation der Kieferhöhle bei Lokalanästhesie sehr gut vertragen hatte, wieder einen lebhaften Widerwillen gegen Chloroform zeigte, beschloss ich, ob ein- oder doppelseitige Stirnhöhleneiterung vorhanden war, in jedem Falle Lokalanästhesie anzuwenden, um die Radikaloperation, welche angezeigt wäre, ausführen zu können.

Da mir die anästhetische Wirkung des Novokain auf die Schleimhäute, im Vergleich zum Kokain, nicht die genügende Sicherheit zu haben schien, glaubte ich aus Vorsicht für diesen ersten Versuch den Gebrauch des Novokain auf intra- und subkutane Einspritzungen beschränken zu müssen und noch das Kokain für die Anästhesie der endo-nasalen Partie anzuwenden. So fing ich damit an, in den oberen Teil von jeder Nasenhöhle, am Berührungspunkt mit der links noch erhaltenen mittleren Muschel und auf die Stelle, die ihrem Sitz rechts entsprach, einen mit folgender Lösung getränkten Wattebausch zu legen:

Wasser	5 g
Adrenalinlösung 1 : 1000	5 g
Cocain. muriat.	2 g

Nachdem ich 5 Minuten gewartet, entfernte ich mit der flachen Zange die mittlere Muschel der linken Nasenhöhle und legte an ihre Stelle einen neuen, in dieselbe Lösung getauchten Wattebausch. Nachdem ich so die Wattebäuschchen innerhalb der Nase plaziert, ging ich an die Hautanästhesie, die ich bis zum inneren Teile der Augenbrauen machte mit der Absicht, wenigstens anfangs nur eine explorative Öffnung des Knochens vorzunehmen. Man weiss, dass beim Novokain die Wirkung sich langsamer zeigt als beim Kokain, dass sie dafür aber länger anhält. Nach 10 Minuten konnte also erst der Hautschnitt gemacht werden. Zuerst nach links einer halbkreis-

förmigen Linie folgend, den oberen und inneren Orbitalwinkel umfassend. Nach Abhebeln des Periosts wurde der Knochen gleich oberhalb des Processus frontalis in Angriff genommen und kaum war die Höhle geöffnet, so floss rahmiger Eiter heraus.

Nachdem dasselbe explorative Vorgehen auf der rechten Seite gezeigt, dass auch hier die Höhle mit Eiter angefüllt war, ging ich daran auf beiden Seiten eine ausgedehntere Anästhesie vorzunehmen, um eine doppelseitige Radikaloperation vorzunehmen. So wurde denn rechts und links eine Reihe von intra- und subkutanen Einstichen gemacht, längs der ganzen Länge der Augenbrauen und an ihren Innenseiten zur Nase hin im ganzen 6 ccm folgender Lösung eingespritzt:

Wasser	20 g
Adrenalinlösung 1 : 1000	5 g
Novokain	0,25 g

Unabhängig von den Injektionen an den Augenbrauen wurde ein tiefer Einstich von beiden Seiten am oberen und inneren Teile der Orbita gemacht, um den ethmoidalen Teil der Operation schmerzlos zu machen. Nachdem ich wieder 5 Minuten gewartet, wurde die Operation wieder aufgenommen, mit der linken Seite anfangend. Wir brauchen die Einzelheiten nicht wiederzugeben, da die Ausführung so regelrecht vor sich ging als ob die Patientin narkotisiert gewesen wäre. Ich will nur diese Besonderheit daran hervorheben, dass, als rechts wie links der Nervus supraorbitalis blossgelegt war, ich einige Tropfen der Novokainlösung in seinen Kanal spritzte und konnte so, nach dem Verfahren von Killian, einen Teil des Nervenastes herausziehen, indem ich ihn um die von ihm speziell erfundene Pinzette rollte und dann abschnitt um weiteren neuralgischen Erscheinungen vorzubeugen. Da die Untersuchung der beiden Stirnhöhlen mit der Sonde ergab, dass sie in vertikaler Richtung wenig entwickelt waren, so konnte ich mich mit einer einzigen unteren Knochenöffnung begnügen, die ich dann von oben nach unten erweiterte auf Kosten des Processus frontalis und dann von vorne nach hinten auf Kosten des Tränenbeines und des Bodens der Höhle. Nach der Seite zu brauchte ich über den mittleren Teil der Augenbrauen nicht hinauszugehen, um die äussere Grenze des Herdes zu erreichen. Die beiden Stirnhöhlen waren mit Fungositäten angefüllt, welche sich in das Siebbein fortsetzten. Dank der Ausdehnung der unteren Öffnung konnte ich eine vollständige Ausschabung vornehmen und eine reichliche fronto-nasale Kommunikation herstellen.

Nach einer Spülung mit Wasserstoffsuperoxyd und Einblasung von Jodoform wurden die beiden Wunden per primam geschlossen.

Die Folgen dieser doppelten Operation waren die allereinfachsten: keine Temperaturerhöhung, sofortige Vereinigung der beiden Wundränder, Aufhören aller nasalen Eiterung. Es ist hiermit also die Möglichkeit erwiesen, bei einfacher Lokalanästhesie die Radikaloperation einer selbst doppelseitigen frontalen Eiterung zu machen.

Es wäre nicht ganz richtig zu behaupten, dass mit Hilfe dieses Mittels eine Operation von dieser Wichtigkeit vollständig schmerzlos gemacht werden könne. Um eine Erscheinung so subjektiver Art, wie den Schmerz, zu würdigen, sind wir naturgemäss auf die Klagen der Operierten angewiesen. Es ist aber unzweifelhaft, dass das Novokain sowohl, als auch das Kokain auf sie eine besondere psychische Wirkung ausübt, ihre Erregbarkeit steigert und sie infolgedessen zu einer sichtlichen Übertreibung ihrer Klagen veranlasst. In dem speziellen Falle fragte ich die Patientin, die fast ununterbrochen stöhnte, ohne sich jedoch irgendwie zu sträuben, in einem geeigneten Moment, ob sie wollte, dass man ihr Chloroform gäbe; aber sie lehnte es ab, und als man sie später nach Beendigung der Operation über die Schmerzen, die sie ausgestanden, befragte, gab sie an, dass sie sehr erträglich gewesen waren. Andererseits schien sie den Vorteil, dass sie vom Operationstisch in ihr Zimmer gehen und sofort eine kräftige Mahlzeit zu sich nehmen konnte, sehr zu würdigen. Und endlich schien mir die Tatsache, dass dank des Zusatzes von Adrenalin zu den in den Nasenhöhlen angewandten Lösungen, die auch in die Haut und gegen das Periost eingespritzt wurden, der Blutverlust während der Operation auf ein unbedeutendes Mass reduziert wurde, einen der Beachtung werten Vorteil darzubieten.

Ohne behaupten zu wollen, dass die Lokalanästhesie bei den wichtigen Operationen unserer Spezialität ausschliesslich an Stelle der Narkose gesetzt werden soll, glauben wir doch, zugleich mit Hinweis auf später erscheinende Arbeiten, die Ansicht vertreten zu können, dass die Anwendung der Lokalanästhesie bei den grossen Operationen der Oto-Rhino-Laryngologie bestimmt ist, zur Regel zu werden und dass der Gebrauch von Chloroform beschränkt werden müsste auf kleine Kinder oder auf ängstliche Personen, indem man ihnen die volle Verantwortlichkeit für die Gefahr, der sie durch ihre Bevorzugung des Chloroform ausgesetzt sind, überlässt.

Unabhängig von der praktischen Schlussfolgerung ergibt die Krankengeschichte noch interessante Gesichtspunkte für die Diagnose der Stirnhöhleneiterung, auf die ich zum Schluss glaube die Aufmerksamkeit lenken zu sollen. Erstens das sehr begrenzte Vertrauen, welches wir der Durchleuchtung der Stirnhöhle entgegenbringen müssen, und die Möglichkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins einer gesunden

Kieferhöhle mit einer eiterigen Stirnhöhle derselben Seite. Diese Tatsache ist offenbar sehr selten und ich gestehe, dass es das erstemal war, dass ich Gelegenheit hatte, sie zu beobachten; da sie aber durch die eben mitgeteilte Beobachtung tatsächlich festgestellt ist, so lag mir besonders daran meine Kollegen mit derselben bekannt zu machen.

Andererseits liegt mir daran, festzustellen, das man billigerweise aus diesem Falle keine ungünstige Schlussfolgerung über den Heilwert der Spülungen von der Nase aus als Behandlungsmethode der Kieferhöhlen ziehen darf, da unser Kollege Furet, der sich zum Verteidiger dieser Methode aufgeworfen, seit langem darauf drang, dass sie nur bei den Kieferhöhleneiterungen angewandt wird, bei denen sich keine Komplikationen durch Stirnhöhleneiterung zeigen. Und aus diesem Grunde hätte ich mich selbst dessen enthalten, diese Einspritzung zu wiederholen, wie ich es bei meiner Patientin auch getan, wenn ich gleich im Anfang erkannt hätte, dass die Stirnhöhle derselben Seite an der Eiterung beteiligt sei.

Aus der k. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu München (Vorstand: Prof. H. Neumayer).

Beiträge zur Kasuistik der Stirnhöhlenerkrankungen mit intrakraniellen Komplikationen.

Von

Dr. B. Karbowski.

Volontärassistent.

Die beiden letzten Jahrzehnte haben der Rhinologie einen ausserordentlichen Aufschwung gebracht, der vor allem in Präzision der Diagnose-Stellung und der operativen Technik bei der Erkrankung der Nebenhöhlen zum Ausdruck kommt. Es ist auch das Verdienst der Rhinologie dieser Periode den relativ häufigen Zusammenhang zwischen den Erkrankungen des Schädelinnern mit den Nebenhöhleneiterungen konstatiert zu haben. Die eiterigen Entzündungen der Stirnhöhle sind es vorerst, die bei den intrakraniellen Komplikationen in Betracht kommen, deren Ausgangspunkt die Nebenhöhlen sind. Schon aus der topographischen Lage ist es leicht zu ersehen, wie gefährdet das Schädelinnere ist. Nur ein sehr dünnes Knochenplättchen trennt oft die Stirnhöhle vom Cavum cranii. Ausser einem direkten Übergreifen des eiterigen Prozesses vom Sinus frontalis auf das Schädelinnere sind noch indirekte Wege vorhanden, die die verhängnisvolle Komplikation zustande bringen können. Es ist dies die Blut- und die Lymph-Bahn, viel seltener der Weg entlang dem N. opticus bei Orbital-Abszessen. Es bestehen reichliche Anastomosen zwischen den Venen der Stirnhöhlenschleimhaut einerseits und denen der Orbita und Dura andererseits. Fast konstant durchsetzen nach Kuhnt[1]) Venen, die ihr Blut aus der Stirnhöhlenschleimhaut sammeln, die

[1]) Kuhnt, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkrank. S. 152. Berlin 1900. Verlag S. Karger.

hintere Wand, weniger konstant die vordere. Es besteht in dieser Weise eine direkte Verbindung durch die Vena ophthalmica zwischen der Mukosa der Stirnhöhle und dem Sinus cavernosus durch die Venae diploicae frontales mit dem Sinus longitudinalis superior. Venen der Stirnhöhlenschleimhaut durchsetzen nicht selten die hintere Wand, um in die Venen der Dura zu münden.

Es gelang Zuckerkandl[1]) experimentell die reichlichen Anastomosen nachzuweisen durch Injektion der Sinusschleimhaut und sogar der hinteren Partien der Nasenschleimhaut vom Sinus longitudinalis her. Von Poirier[2]) und anderen Forschern sind auch im lymphatischen System Kommunikationen festgestellt worden.

Der indirekte Weg kommt aber nur in seltenen Fällen in Betracht. Der direkte Weg ist weitaus der häufigere, der zu intrakraniellen Komplikationen führt. Von der Schleimhaut greift der entzündliche Prozess auf das schwach entwickelte innere Periost über, von hier auf den Knochen und führt zu Karies resp. Nekrose, oder zu der an der hinteren Wand nur selten vorkommenden Osteomyelitis.

Die Prozesse an der hinteren und vorderen Wand können die Infektion des Schädelinneren einleiten. Von diesen wird die hintere, da sie sehr dünn und der direkte Weg sensu strictiori ist, am häufigsten erkrankt gefunden. Als Stütze dafür sollen die folgenden statistischen Angaben dienen, die ich von Gerbers neu erchienenem Werke über „Die Komplikationen der Stirnhöhlenerkrankungen“ entnahm. Bei 28 Epidural-Abszessen war 18mal die Hinterwand erkrankt. Unter 121 Fällen (Meningitiden, Hirnabszessen und Thrombosen) sind bei 34 Fällen keine Angaben vorhanden, von den 87 Fällen, wo der Infektionsweg angegeben ist, verbreitete sich der Prozess durch die erkrankte hintere Wand.

Die intrakraniellen Komplikationen sind zu den Seltenheiten zu zählen, wenn man berücksichtigt, wie häufig Erkrankungen der Stirnhöhle zur Beobachtung gelangen, wie durch Monate und Jahre hindurch in diesen Räumen schwere Eiterungen in nächster Nähe des Gehirns, ohne Gefahr für das letztere, ihren Sitz haben. Sie sind es dann noch, wenn man ihr häufigeres Vorkommen zugibt, was sich aus den statistischen Zusammenstellungen ergibt.

Die verschiedenen oben schon erwähnten Wege, auf denen ein Übergreifen auf das Cavum cranii erfolgt, die Häufigkeit der Stirnhöhlenaffektion und ihre oft jahrelange Dauer — dem gegenüber die relativ seltenen Miterkrankungen des Schädelinnern, lassen den

---

1) Zuckerkandl, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 153.

2) Poirier, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 188.

Schluss gerechtfertigt erscheinen, dass bei den intrakraniellen Komplikationen gewisse Momente verantwortlich gemacht werden müssen, die das Übergreifen der Infektion begünstigen. Es kommen in Betracht nach den Fällen, die bis jetzt zur Beobachtung gelangten: Vom Normalen abweichende anatomische Verhältnisse. Es sind abnorm grosse Stirnhöhlen, die eine geringe Heilungstendenz zeigen und sehr zu Komplikationen neigen. Nach den statistischen Angaben sind Komplikationen häufiger im vorgerückten Alter; es überwiegt die linke Stirnhöhle. Männer werden häufiger befallen als Frauen. Anhaltspunkte für diese Differenzen lassen sich in den Untersuchungen von Boege[1]) finden. Er konnte feststellen, dass in 67,5 % der Fälle die linke Stirnhöhle grösser ist als die rechte. In der Grösse sieht Boege auch die Ursache des häufigeren Vorkommens im vorgerückten Alter, sowie das Überwiegen bei Männern.

Die Form der Stirnhöhle und ihre Lage zum Ausführungsgang ist eminent wichtig. Die günstigste topographische Lage des Ductus nasofrontalis wird die sein, wenn er mit seiner inneren Öffnung am tiefsten Punkte der Höhle liegt. Dass die Form und Verlaufsrichtung des Ductus nasofrontalis zu einer Verengerung, in ungünstigen Fällen sogar zum vollständigen Verschluss des Abflussweges beitragen kann, ist leicht einzusehen. Zu den Variationen im anatomischen Bau gehört noch die Septierung der Stirnhöhle (die kein seltenes Vorkommnis ist), wodurch Teile der Höhlen partiell oder vollständig vom Ausführungsgange abgeschlossen werden.

Das sind alles Momente, die in dieser oder jener Weise den Eiterabfluss erschweren und zu Retentionen führen. Dass in solchen Fällen, wo der Eiter keinen freien, oder gar keinen Abfluss hat, viel häufiger sich Komplikationen einstellen können, ist klar. Begünstigend bei einer intrakraniellen Komplikation sind auch selten vorkommende, angeborene Dehiszenzen der Knochenwände, so dass die Mukosa einerseits, Dura andererseits in Verbindung stehen, und hohe Virulenz der Infektionserreger.

Zuletzt sei noch erwähnt, dass eine primäre Erkrankung des Knochens mit sekundärer Infektion der Stirnhöhe möglich ist. Das kann der Fall sein bei einem Trauma, oder bei einer spezifischen Erkrankung des Stirnbeins. Speziell bei der Lues kommt es gelegentlich zu tiefgreifenden Zerstörungen des Knochens, wodurch eine Verbreitung des Prozesses nach dem Innern leichter stattfindet.

Im folgenden sollen zwei Fälle von intrakraniellen Komplikationen nach Stirnhöhlenerkrankungen mit letalem Ausgang geschildert werden,

---

[1]) Boege, Zur Anatomie der Stirnhöhlen. Dissert. Königsberg 1902.

die in der kgl. laryng. Poliklinik in München zur Beobachtung kamen. Diese bieten zwar nichts wesentlich Neues, sind aber in mancher Hinsicht von Interesse.

Fall 1. Mittelschüler, 14 Jahre alt. Früher war er wegen behinderter Nasenatmung und Anginen in Behandlung. Naseneiterung soll nicht bestanden haben. Vor ungefähr 10 Tagen hatte der Patient Halsschmerzen, die bald verschwanden. Ärztliche Hilfe wurde nicht in Anspruch genommen. Am 1. II. 1908 mit einem Nasenkatarrh beginnen heftige Schmerzen in der Stirngegend, vorwiegend links. Temp. 39,0°. Patient bekommt am selben Tage Phenacetin und kalte Umschläge auf die Stirne.

Am 2. II. 1908 Temp. 39,3°. Der Stirnschmerz besteht noch; aus der Nase entleert sich eiteriges Sekret. Gegen Abend tritt leichte Schwellung des linken oberen Lides auf.

Am 3. II. 1908 wird der Patient genau von Herrn Professor Neumayer untersucht, der feststellte, dass das Ödem des Lides auf die Glabella und Stirne sich verbreitet hat; Sensorium frei; Augenbewegungen und Pupillenreaktion intakt; keine Verlagerung des Bulbus; linke Stirnhöhlengegend, ebenso die innere Partie des Orbitaldaches lebhaft druckempfindlich. Rechts ist die Druckempfindlichkeit geringer. Es wird ein Durchbruch vermutet. Die Untersuchung der Nase ergibt sehr enge Verhältnisse; die Schleimhaut links gerötet; mittlerer Nasengang geschlossen; an der vorderen Begrenzung ein schmaler Eiterstreifen. Rechts mittlerer Nasengang gleichfalls verlegt; kein Sekret; Nasenrachenraum ohne pathologische Veränderungen. Nach Kokainapplikation reichlicher Eiterabfluss. Die allgemeine Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund; Urin ohne pathologische Bestandteile; Puls regelmässig, gut fühlbar — 104—110 Schläge.

Am 3. II. 1908, das Ödem hat zugenommen und verbreitete sich auf das rechte Oberlid. Temp. 39,4°, Puls 110—112; kein Erbrechen, Sensorium frei. Da Anhaltspunkte für einen Durchbruch an der vorderen Wand mit Bildung eines subperiostalen Abszesses vorhanden waren, ist die Eröffnung der Stirnhöhle vorgenommen worden. 14 Stunden nach seiner ersten Untersuchung nahm Herr Prof. Neumayer in Morphium-Äthernarkose die Spaltung der Weichteile durch den typischen Schnitt vor. Es entleerte sich eine grössere Menge Eiter. Das Periost oberhalb des Augenbrauenbogens bis zum Orbitaldach war vollkommen abgehoben. An der vorderen Wand keine mikroskopisch sichtbare Perforation. Abtragung der vorderen Wand, die auffallend brüchig war. Die mittelgrosse Stirnhöhle ist mit dickflüssigem, rahmigem Eiter gefüllt. Die Schleimhaut liegt im Eiter schwimmend, zum grossen Teil von den Wandungen losgelöst. Entfernung des Eiters und der Schleimhautreste. An letzteren sind keine Veränderungen erkennbar, die auf eine längere Dauer des Prozesses schliessen lassen.

Hinterwand, ebenso Stirnhöhlenboden sind intakt; dagegen hatte das Septum interfrontale einen Defekt, durch welchen die Sonde leicht durchging. Aus dieser Öffnung floss Eiter ab. Eröffnung der rechten Stirnhöhle durch Abtragung der vorderen Wand. Die Stirnhöhle ebenso gross wie links; die Mukosa haftet den Wandungen überall an und zeigt wie links, keine schweren Veränderungen. Nach Abtragung des Septum interfrontale, Erweiterung des Canalis nasofrontalis beiderseits — werden die erhaltenen Knochenwände revidiert, wobei aber keine Veränderungen im Sinne einer Nekrose zur Beobachtung kamen. Drainierung des Canal. nasofrontalis, ebenso Drainierung der Stirnhöhlen nach aussen. Die Weichteile wurden durch Situationsnähte vereinigt.

Am 4. II. 1908 Temp. 38,0°, rektal gemessen. Kopfschmerzen sind nicht vorhanden, abgesehen von geringem Wundschmerz. Puls 80—88. Urin ohne pathologische Bestandteile. Stuhlentleerungen durch Einläufe. Der Appetit bessert sich.

Am 7. II. 1908 plötzlich Aufstieg der Temp. 39,9°. Die Wunde ohne Veränderungen. Keine subjektiven Beschwerden. Einlauf. Darauf sinkt die Temp. auf 38,0°. Puls 80—90. Vom 8. II. bis 18. II. 1907 schwankte die Temp. zwischen 38,0° bis 38,5°.

Am 19. II. 1908 Temp. 40,2°. Schwellung des linken oberen Lides. Schmerzen in der Umgebung des linken Auges. Am selben Tage Wiedereröffnung der teilweise geschlossenen Wunde. Es stellte sich dabei heraus, dass ein fast 2 Pfennig grosses Stück des Stirnhöhlenbodens und des Augenbrauenbogens nekrotisch war. Den Sequester konnte man leicht entfernen. Die Revision der Hinterwand ergab keine Verdachtsgründe, dass auch hier eine Nekrose bevorsteht. Drainage und Schluss der Wunde.

Am 20. II. 1908 Temp. 38,8°. Augenhintergrund normal.

Am 21. II. 1908 Temp. 37,8°.

Am 22. II. 1908 Temp. am Morgen 37,7°. Temp. am Abend 38,6°. Patient schwer besinnlich, gibt aber richtige Antworten. Kein Erbrechen. Puls 84.

Am 23. II. 1908 Temp. 39,6°. Die Schwerbesinnlichkeit nimmt zu. Zeitweilig vollkommene Somnolenz, kein Erbrechen. Puls 86—88.

Augenhintergrund links: Venen etwas erweitert. Keine nervösen Störungen.

Am 24. II. 1908 Temp. 38,4°. Zunehmende Schwerbesinnlichkeit, geht in eine vollkommene Somnolenz über. Es wurde eine intrakranielle Komplikation diagnostiziert. Eröffnung der Weichteilwunde über der linken Stirnhöhle. Bei der Kontrolle der Hinterwand mit Auge und Sonde, stiess die letztere auf ein kleines Knochenplättchen, das nur zum Teil mit der Unterlage zusammenhing. Entfernung des Sequesters mit der Pinzette, wobei eine blutende, wenige Millimeter grosse Granulationsfläche zum Vorschein kam. Erweiterung der gesunde Ränder aufweisenden Knochenlücke. Die Granulationsfläche war die beträchtlich veränderte Dura. Entfernung der ganzen Hinterwand mit Zangen. Die Dura zeigte im Umfange eines Zweimarkstückes diese Granulationen, die sich scharf nach allen Seiten von der gesunden spiegelnden Dura abhoben.

Die Temp. sank im Laufe des Nachmittags um fast einen Grad, stieg aber bald wieder über 39,0°, während gleichzeitig schwere Somnolenz und Reizerscheinungen in den Muskeln der Arme, Nackenstarre und Inkontinenz auftraten. Am Abend Eröffnung des Dural-Sackes im Bereiche der erkrankten Stelle. Es entleerten sich grosse Mengen von Liquor cerebrospinalis. Auf Einschnitte in die angrenzenden Gehirnpartien kam kein Eiter zum Vorschein. Probepunktion des Stirnlappens verlief negativ.

Am 25. II. 1908 Exitus unter den Zeichen einer Meningitis: Konvulsionen, Nackenstarre, tiefste Somnolenz, Temp. ante mortem 40,0°, Autopsie verweigert.

Wir haben es hier nach den geringen Veränderungen an der Schleimhaut der Stirnhöhlen mit einer akuten Erkrankung zu tun. Die akute Infektion führte zu einer Zerstörung der Schleimhaut, zur baldigen Nekrose der Vorderwand, an deren Aussenwand ein subperiostaler Abszess entstand; ferner zur partiellen Nekrose des Septum interfrontale und Verbreitung des eitrigen Prozesses auf die

rechte Stirnhöhle. Nach Freilegung beider Stirnhöhlen und Ausräumung speziell der linken Höhle, die teilweise durch den phlegmonösen Prozess von der Schleimhaut entblösst war, partieller Schluss der Wunde und Drainierung. Danach Abfall der Temperatur, die bis zum 18. Krankheitstage immer subfebril war; einmal stieg sie (am sechsten Krankheitstage) bis auf 39,9°, sank aber bald auf einen Einlauf; mehrere Male Steigerungen bis 38,5°. Diese mässigen Temperatur-Erhöhungen wurden teils in der Weise zu erklären versucht, dass die Infektion mit der Eröffnung der Stirnhöhle nicht zum Abschluss kam, teils damit, dass der Stirnhöhlenboden der Orbita in zu grossem Umfange von Periost entblösst war, der Nekrose verfallen würde, was sich bestätigte. In der dritten Woche wurde beim zweiten Eingriff die Sequestrierung der unteren Wand festgestellt. Bald darauf kam es zur Sequestrierung der Hinterwand, die, meiner Meinung nach, durch die schon länger bestehende Pachymeningitis externa bedingt war. Die letztere leitete aller Wahrscheinlichkeit nach die Leptomeningitis ein. Es erheben sich für uns folgende Fragen:

Warum ist in diesem Falle nicht der Prozess auf der Stirnhöhlenschleimhaut lokalisiert geblieben, sondern auf alle vier Knochenwände fortgeschritten?

Auf welchem Wege verbreitete sich der infektiöse Prozess und wie kam die Infektion der Dura zustande?

Was war die direkte Ursache des Todes?

Hätte ein anderes Vorgehen und eine andere Therapie den Exitus nicht verhindern können?

Wenn der Prozess in diesem Falle nicht nur auf die Schleimhaut lokalisiert geblieben ist, so ist nach dem ganzen Bilde die Schwere der Infektion verantwortlich zu machen. Für eine hohe Virulenz der Keime spricht die ausgesprochene maligne Form der eitrigen Entzündung, die sofort mit hohem Fieber einsetzte und in so kurzer Zeit zu Zerstörungen der Knochenwände führte. Der Befund, der am vierten Krankheitstage nach dem ersten Eingriff erhoben worden ist, lautet: „Die Stirnhöhle ist mit dickflüssigem Eiter gefüllt. Die Schleimhaut liegt im Eiter schwimmend, zum grossen Teil von den Wandungen losgelöst.“ Es ist hier also ein Prozess phlegmonöser Art vorgelegen, der zur Ablösung und tiefgreifenden Zerstörung des Schleimhautperiostes geführt hat. Leider ist keine bakteriologische Untersuchung gemacht worden. Es wäre interessant, zu wissen, um welchen Erreger es sich hier handelte. Es ist desto mehr zu bedauern, da nur wenige bakteriologische Untersuchungen bei komplizierten Stirnhöhlenentzündungen bis jetzt in der Literatur nieder-

gelegt sind. Dass es sich bei Stirnhöhlenentzündungen um eine überwiegende Vorherrschaft des Streptococcus pyogenes handelt, haben Untersuchungen von mehreren Forschern ergeben. Logan-Turner und Lewis[1]) bestimmen bei den chronischen Fällen die Häufigkeit auf 80%, bei den akuten auf 60%. Nach Jurasz und Werner[2]) gibt die Streptokokkeninfektion die schlechteste Prognose. Nach Gerber[3]) kommt neben dem Streptokokkus noch dem Staphylokokkus eine Rolle zu. Bei den komplizierten eitrigen Prozessen des Ohres kommt nach den Angaben von Leutert[4]) dem Staphylokokkus eine vorherrschende Rolle bei der Chronizität der Prozesse zu, während dem Streptokokkus bei den akuten schwer verlaufenden Fällen. Damit stimmen auch die bakteriologischen Untersuchungen bei den otitischen Hirnabszessen überein, die Hasslauer[5]) zusammengestellt hat. Erwähnen möchte ich noch den Streptococcus mucosus, den Süpfle[6]) näher studiert hat und feststellte, dass bei akuten Mittelohrprozessen sein Auftreten auffallend häufig Komplikationen macht.

Wie die Infektion der Dura zustande gekommen ist, wird nicht leicht zu entscheiden möglich sein. Ob der direkte Weg, der bekanntlich der häufigere ist, hier eingeschlagen war, ist nicht leicht festzustellen. Die hintere Wand kommt in Betracht beim direkten Fortschreiten des Prozesses. Kariöse, ostitische Prozesse, seltener osteomyelitische können die hintere Wand zerstören.

Ein kariöser Prozess ist auszuschliessen: es bestanden keine Zeichen von entzündlich destruierenden Prozessen am Knochen. Ein osteomyelitischer wäre nach dem klinischen Verlaufe möglich; verliert aber an Wahrscheinlichkeit bei der Überlegung, dass die hintere Wand sehr selten spongiöse Substanz aufweist. Viel mehr hat die Annahme für sich, dass es sich um einen ostitischen Prozess im Anschluss an die Schleimhauterkrankung gehandelt hat. Es ist aber auch leicht denkbar, dass der indirekte Weg die Infektion der Dura eingeleitet hat. Durch Thrombophlebitis der Venen, die die Hinterwand nicht sehr selten durchsetzen, oder auf dem Wege der feinen Blutgefässe resp. Lymphgefässe, die die Schleimhaut mit der Dura verbinden, konnte die Pachymeningitis eingeleitet werden. Dass die Pachymeningitis länger bestanden hat als der ostitische resp. Se-

---

1) Lewis, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 192.

2) Werner, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 192.

3) Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 200.

4) Leutert, Zit. nach O. Körner, Die otit. Erkrank. d. Gehirns etc.

5) Hasslauer, Zit. nach O. Körner, Die otit. Erkrank. d. Gehirns etc.

6) Süpfle, Zit. nach R. Hoffmann, Beitr. z. Färb. u. Morph. d. Streptococcus mucosus.

questrierungsprozess an der Hinterwand, beweisen die sehr stark ausgesprochenen Veränderungen an der Dura, die ganz im Bereiche der hinteren Wand mit üppigen blutigen Granulationen bedeckt waren. Nur ein länger dauernder Prozess kann solche Veränderungen an der Dura hervorrufen, da die letztere sehr resistent ist und bei infektiösen Prozessen enormen Widerstand leistet. Sogar bei akuten Prozessen, wo der Knochen fehlt, wird die Dura ganz unverändert oder leicht hyperämisch und verfärbt vorgefunden (Gerber). Gegen diese Annahme spricht auch der klinische Verlauf nicht: die Pachymeningitis externa circumscripta macht bekanntlich sehr oft keine besonderen klinischen Erscheinungen, oder so geringe, dass sie von den allgemeinen Symptomen gedeckt werden. Die Sequestrierung der hinteren Wand konnte sekundär durch die entzündlichen Granulationen zustande kommen, da der Knochen, entblösst von dem Schleimhautperiost, seiner Ernährung beraubt war.

Diese Deutung erklärt auch, warum bis zum dritten Eingriff, der am 18. Krankheitstage vorgenommen wurde, keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung der hinteren Wand vorhanden waren. Die Revision der hinteren Wand am 20. X. 1908 ergab keine Verdachtsgründe, dass auch hier eine Nekrose bevorsteht. Hervorzuheben ist noch hier, dass dieser klinische Verlauf auch bei ostitischen Prozessen möglich ist, da dieser makroskopisch nicht leicht wahrnehmbar ist. Gegen eine primäre Infektion der Dura und sekundäre Erkrankung der hinteren Wand spricht vielleicht die spät eingetretene Meningitis. Ein direktes Fortschreiten des Prozesses durch Ostitis resp. Osteomyelitis fand an der vorderen Wand statt. Dafür spricht die Brüchigkeit des Knochens bei der Aufmeisselung und der geringe Widerstand, den sie geleistet hat. Die vordere Wand, die immer spongiös ist, zeigt eine gewisse Prädisposition für die ostitischen Prozesse. Speziell in unserem Falle könnte die Prädisposition erhöht gewesen sein, da es sich um ein jugendliches Individuum gehandelt hat. Bei jugendlichen Individuen ist die Spongiosa reichlich entwickelt auf Kosten der kompakten Substanz; die Knochenmarkräume sind weitmaschig, gefässreich. Ganz andere Verhältnisse bietet die obere Wand, die nicht spongiös ist und aus einem kompakten Knochenplättchen besteht. Der Unterschied im Modus der Verbreitung des infektiösen Prozesses an der vorderen und hinteren Wand ist derselbe wie bei Osteomyelitis im jugendlichen und höheren Alter. Gerber[1]) gibt an, dass bei Osteomyelitis der jugendlichen Individuen der direkte Weg der häufigere sei. Das heisst: der entzündliche Prozess schreitet kontinuierlich

[1]) Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 127.

von der Mukosa auf das innere Periost fort, von diesem auf den vorwiegend spongiösen Knochen, in dessen weiten Maschen die Entzündung frei um sich greifen kann. Bei älteren Individuen, wo die kompakte Substanz gut entwickelt ist und kein so reger Kreislauf besteht, ist der indirekte Weg der vorherrschende. Ich glaube darin eine Analogie gefunden zu haben.

Die Dura konnte trotz ihrer Widerstandsfähigkeit der stark virulenten Infektion scheinbar nicht länger Schutz gegen das Weiterschreiten leisten. Es stellte sich eine Meningitis resp. Meningoencephalitis ein, deren Symptome ziemlich prägnant waren. Erwähnen möchte ich noch, dass eine Siebbeinzelle die intrakranielle Komplikation einleiten konnte.

Bezüglich der direkten Ursache des Todes ist man auf Vermutungen angewiesen, da die Sektion nicht gestattet war. Konstatiert wurde intra vitam die Pachymeningitis circumscripta. Etwa 12—14 Stunden vor dem Exitus ist bei Eröffnung der Dura kein Eiter abgeflossen, sondern in grosser Menge cerebrospinale Flüssigkeit. Ob es sich lediglich um eine Meningitis serosa (weche von Quincke zuerst eingehender beschrieben worden ist) handelt, ist nicht zu entscheiden. Es ist möglich, dass vom letzten Eingriff bis zum Exitus sich noch eine eiterige Meningitis ausgebildet hat. Es ist von mehreren Autoren darauf hingewiesen worden, dass eine seröse Meningitis selten als solche bestehen bleibt; sie ist nur die Vorstufe einer eiterigen. Ein Abszess ist natürlich trotz der negativen Punktion nicht mit absoluter Sicherheit auszuschliessen.

Es bleibt noch übrig, den letzten Punkt zu besprechen, ob die Therapie, das ärztliche Vorgehen, die verhängnisvolle Komplikation hätte verhüten können. Bevor ich auf diese Frage eingehe, sei mir gestattet, einiges über die Therapie, speziell die operative Therapie, vorauszuschicken. Sämtliche Rhinologen, die über ein grösseres operatives Material verfügen, können sich nicht dem Eindruck entziehen, dass manche operative Fälle mit letalem Ausgang postoperative Komplikationsfälle waren, und forderten eine strengere Indikationsstellung; sie suchten auch nach Vorsichtsmassregeln, um die Gefahr der Operation auf ein Minimum zu reduzieren. Als Indikationen sind angegeben worden:

1. Anhaltspunkte für schwere endosinusale Veränderuugen;
2. Fistel an der vorderen Wand;
3. durch längere Zeit hindurch andauernde heftige Kopfschmerzen, wobei die intranasale Therapie ohne Erfolg blieb.

Was die Massregeln anbetrifft, die die postoperativen Komplikationen vorbeugen sollen, so sind folgende hervorzuheben:

1. Achtung im Gebiete der Lamina cribrosa und der hoch hinaufragenden Infundibularzellen.

2. Achtung beim Meisseln im lateralen und oberen Randgebiete des Sinus frontalis.

3. Die Forderung Gerbers: mit grösster Vorsicht das Kürettement der Schleimhaut auszuführen, da die Eröffnung der Saftbahnen nicht unbedenklich sei. Diese strenge Indikationsstellung und speziell die Vorsichtsmassregeln, die den Operateuren ans Herz gelegt werden, sind von grösserer Bedeutung für die akuten Fälle als für die chronischen; die ersteren bieten beim operativen Vorgehen viel mehr Gefahren.

In unserem Falle, der exquisit akut verlief, wohl bedingt durch Keime von hoher Virulenz, ist der Eingriff am 4. Tag der Erkrankung vorgenommen worden. Dass in diesem Stadium ein operativer radikaler Eingriff, speziell die Auskratzung, den Keimen Tür und Tor öffnet, ist in Betracht zu ziehen. Bei Entfernung der Schleimhaut durch Kürettement, auch bei der grössten Vorsicht, ist es unmöglich, die Eröffnung der Saftbahnen zu vermeiden. Man steht also vor der Alternative, entweder auf die gründliche Ausräumung der Stirnhöhle zu verzichten, oder eventl. den Keimen freien Weg in die Blut- resp. Lymphbahnen zu schaffen. Es ist vielleicht empfehlenswert bei akuten Fällen auf die gründliche Säuberung speziell der hinteren Wand zu verzichten und lediglich nach Entfernung des Eiters und schon abgestossener Schleimhautpartien sich mit Schaffung eines freien Abflusses für den Eiter zu begnügen; vorausgesetzt, dass die Höhle derartig gebaut ist, dass keine Recessus vorhanden sind, die bekanntlich Ausgangspunkte der Rezidive bilden.

War in unserem Falle die Indikation streng genug gestellt? Das ist zu bejahen. Es haben zwar manche über Fälle berichtet, wo ausgedehnte Ödeme, hohes Fieber und Brechreiz bestanden, die auf konservative Behandlung sich schnell besserten und in vollständige Heilung übergingen. Einzelne Fälle können gute Resultate zeigen, aber in der Regel kann man auf die konservative und endonasale Behandlung in akuten Fällen, welche mit hohem Fieber und ausgedehnten Ödemen einhergehen, sich nicht beschränken. Da in unserem Falle hohes Fieber und Anhaltspunkte für Durchbruch an der Vorderwand vorhanden waren, konnte man nicht früh genug eingreifen. Konnte man vielleicht die schon stattgefundene Infektion der Dura durch das ärztliche Vorgehen zur Ausheilung bringen und das Fortschreiten des Prozesses hintanhalten? Es könnte hier nur die frühzeitige Freilegung der Dura in Betracht kommen. Für diesen Eingriff bestand keine Indikation, weil für eine Duraerkrankung im Bereiche

der Stirnhöhlenhinterwand keine sicheren Anhaltspunkte gegeben waren. Würde kein infektiöser Prozess am Stirnhöhlenboden bestanden haben, so hätte man vielleicht aus der erhöhten Temperatur oder anderen Manifestationen auf die Vermutung kommen können, dass eine Pachymeningitis im Spiele sei.

II. Fall.

Der zweite Fall bietet ein besonderes Interesse wegen der bei ihm objektiv nachweisbaren luetischen Knochenerkrankung. Dass die Stirnhöhle, wie andere Nebenhöhlen der Nase in syphilitische Prozesse miteinbezogen werden kann, ist seinerzeit schon von Hallopeau, Lang u. A.[1]) betont worden.

Als intrakranielle Komplikationen im Anschluss an Stirnhöhleneiterungen infolge mangelhafter Beobachtungen noch zu den grossen Seltenheiten gehörten, hat man in den meisten Fällen in der Lues das begünstigende Moment der Komplikationen zu finden geglaubt. Das war entschieden eine den Tatsachen nicht entsprechende Auffassung. Bis jetzt ist man trotz der Bereicherung des Beobachtungsmaterials noch nicht zu einer bestimmten Lösung der Frage gekommen, welche Rolle die Lues bei intrakraniellen Komplikationen spielt. Nach Gerber[2]) soll bei Komplikationen jedenfalls der Lues keine prinzipielle Bedeutung zukommen. Von 778 von ihm gesammelten Komplikationsfällen sind nur sieben Fälle vorhanden, wo man mit Lues als Ursache der Komplikation zu rechnen hat. Von den sieben Fällen glaubt Gerber, dass man als absolut sichere luetische Affektion nur zwei Fälle, die übrigen fünf als wahrscheinlich luetische betrachten kann. Die Krankengeschichte eines Falles, dessen Ursache der Komplikation eine luetische Erkrankung des Knochens war, lasse ich hier folgen.

Eine 55jährige Frau trat ein in die Behandlung der Poliklinik mit einer Naseneiterung, die auf eine Affektion beider Stirnhöhlen zurückgeführt wurde. Oberhalb der Glabella hatte sie eine haselnussgrosse periostale Auftreibung. Anamnese und Befund gaben Veranlassung zu einer spezifischen Behandlung. Die Patientin erhielt Jodkali, die Auftreibung und die begleitenden Schmerzen gingen zurück. Darnach entzog sie sich einer weiteren Beobachtung. Nach einigen Monaten erschien die Patientin wieder im Ambulatorium der Poliklinik mit 2 Auftreibungen an der Stirne. Eine an der alten Stelle und eine weitere über dem rechten Tuber frontale. Patientin hatte mässiges Fieber und lebhafte Kopfschmerzen; das Sekret, das von den Stirnhöhlen herunterkam, war stark fötid. Die Nasenschleimhaut ist teilweise mit Borken belegt. Im Bereiche der

---

1) Hallopeau, Lang, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 403.

2) Gerber, S. 400.

Lamina perpendicularis des Siebbeins an der stark aufgetriebenen Nasenscheidewand war ein Defekt.

Auffallend war das psychische Verhalten der Patientin: sie war ängstlich, vermieden jede Unterhaltung, zeigte eine gewisse Scheu vor den Anwesenden. Sie war sehr deprimiert, weil sie glaubte, wegen des üblen Geruches aus der Nase der Umgebung lästig zu fallen und sogar Angriffen ihrer Mitmenschen ausgesetzt zu sein. Sie schien auch sehr vergesslich zu sein.

Da die Patientin in der Ausführung der ärztlichen Verordnungen sehr unzuverlässig war, wird sie in die Spitalbehandlung genommen, wo sie drei Wochen eine entsprechende Jodkalikur durchmachte. Die periostalen Auftreibungen an der Stirne gingen wieder zurück, die abundante Absonderung aus den Stirnhöhlen blieb trotz Spülung bestehen, ebenso war auch die Temperatur dauernd erhöht. Nahrungsaufnahme reichlich.

Mit Rücksicht auf die mit lebhaftem Fötor verbundene reichliche Eiterung aus den Stirnhöhlen und auf das wohl damit verbundene andauernde Fieber wird der Patientin ein radikaler Eingriff vorgeschlagen.

Es wurden beide Stirnhöhlen gleichzeitig in Morphium-Äther-Narkose eröffnet. Beim Eingehen durch die Weichteile erwies sich die Vorderwand beider Stirnhöhlen im Bereiche des Septum interfrontale zum Teil zerstört, zum Teil ungemein brüchig. Die Vorderwand wird beiderseits im ganzen Umfange entfernt, ebenso das Septum interfrontale.

Die Nekrose des Knochens erstreckt sich über die Vorderwand hinaus noch in das Stirnbein hinein, so dass die obere Grenze des Sequesters bis gegen die Sutura coronaria reichte. Auch die Hinterwand beider Stirnhöhlen ist nekrotisch und im Bereiche der Hinterwand der linken Stirnhöhle sickert an einer Stelle aus einer kleinen Öffnung dickflüssiger Eiter aus der Tiefe hervor. Eine Entfernung des ganzen riesigen Sequesters des Stirnbeines, der noch auch nicht allenthalben demarkiert gewesen ist, war unmöglich. Das weitere Vorgehen wurde deshalb nur noch auf jene Stelle gerichtet, wo Eiter aus der Hinterwand der linken Stirnhöhle vorsickerte.

Es wurde mit dem Meissel dem Eiter nachgegangen und in beträchtlicher Tiefe — vielleicht 5 mm betrug die Dicke des nekrotischen Knochens — eine enorme Eiterhöhle eröffnet, die in ihrer Ausdehnung der ganzen Stirnhöhlenhinterwand entsprach und sich nach oben weit gegen die Sutura coronaria erstreckte. Die Eitermenge, die zur Entleerung kam, war höchst übelriechend und betrug mehr als einen Esslöffel.

Nach Ablauf des Eiters drängte sich der stark pulsierende Schädelinhalt an die gesetzte, ungefähr zweipfennigstückgrosse Knochenlücke an. Die den Abszess auskleidende Membran ist die mit dünnen Fibrinauflagerungen bedeckte Dura.

Nach Erweiterung des Canalis nasofrontalis beiderseits Tamponade der epiduralen Abszesshöhle und Drainage der Stirnhöhlen; darauf Verschluss der Weichteile.

Temperatur am Tage der Operation morgens 37,4°, abends 37,8°. Puls 92. Am Abend des Operationstages trat plötzlich ein epileptischer Anfall mit Bewusstseinsstörung und universellem Muskelkrampf auf; nach Ablauf des Anfalles blieb eine Parese des rechten Armes, die bis am nächsten Tag wieder verschwunden ist. Der epileptische Anfall, der nach der Operation einsetzte und mit einer langandauernden Parese des rechten Armes einherging, war wohl mit dem vorgenommenen Eingriff in Beziehung zu bringen. Es könnte der Anfall als ein Zeichen einer Rindenreizung, entweder durch ein Fortschreiten des Prozesses von

der Dura auf die Rinde aufgefasst werden, oder aber, es wäre auch denkbar, dass die durch die Entleerung des Abszesses verursachte Verlagerung des Gehirns und seiner Häute zu Zerrungen und Zirkulationsstörungen in der Gehirnsubstanz resp. Rinde führten. Da die Patientin am nächsten Tage — 2 Tage nach der Operation — 37,3° und 37,5° bei 80 Puls zeigte und das Sensorium klar war, so schien die letztere Annahme richtig zu sein, da ein Fortschreiten des Prozesses von der Dura auf die Rinde sich wohl mit erhöhter Temperatur manifestiert hätte.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes fiel negativ aus. Verbandwechsel. Spülung der Abszesshöhle mit physiologischer Kochsalzlösung.

Am 3. Tage nach der Operation hatte Patientin morgens 37,6°. Sensorium war frei, wurde aber im Laufe des Tages immer mehr getrübt und gegen Abend stellte sich schwere Somnolenz mit Nackenstarre, Erbrechen, Krämpfe der Extremitätenmuskel und Atmungsstörungen ein. Die Temp. stieg bis 38,5°. Am 4. Tage nach der Operation blieb der Zustand unverändert. Am nächsten Tage unter Abnahme der Herzkraft trat der Exitus letalis ein mit einer postmortalen Temperatur von 42,0°.

Die Autopsie ergab eine mächtige Verdickung des ganzen Schädeldaches — eine Nekrose des Stirnbeins-, die hintere Wand der vorderen beiden Stirnhöhlen umfassend und nach hinten und oben bis zur Koronarnaht sich erstreckend.

Über die linke Konvexität des Gehirns und an der Basis grosse Mengen von Eiter. Die Dura im Bereiche des eröffneten epiduralen Abszesses stark verdickt. Gehirn ohne Befund.

Mit Sicherheit zu entscheiden, ob es sich hier um eine eiterige Erkrankung der Stirnhöhle mit zufälliger luetischer Mitbeteiligung der knöchernen Wandung, oder umgekehrt um eine primäre luetische Erkrankung des Knochens mit sekundärer eiteriger Infektion von der Stirnhöhle aus, ist nicht möglich. Das letztere hat mehr Wahrscheinlichkeit für sich, da das Stirnbein als Prädilektionsstelle der luetischen Knochenerkrankung längst bekannt ist.

Wichtig in unserem Falle ist die unwiderlegbare Tatsache, dass die spezifische Erkrankung die Ursache der intrakraniellen Komplikation war. Wir haben es nach dem klinischen, ebenso nach dem Sektionsbefunde hier mit ausgedehnter luetischer Erkrankung des Stirnbeins zu tun. Es war eine Nekrose des ganzen Stirnbeins, die hintere Wand beider Stirnhöhlen umfassend, mit Sklerosierung und Verdickung des Knochens vorhanden, also diejenigen Merkmale, welche für luetische Sequester charakteristisch sind. Hervorheben möchte ich hier, dass auf die Sequester allein die Diagnose zu stützen, nicht angeht. Sogar die mikroskopische Diagnostik stösst nicht selten auf Schwierigkeiten, da es Formen gibt von syphilitischer Granulationswucherung, die den gewöhnlichen ganz ähnlich sind, namentlich wenn die charakteristischen Gefässveränderungen (Peri-Endarteritis, Phlebitis) noch nicht ausgebildet sind. Sebilau[1]) hat auch schon darauf hingewiesen, dass

[1]) Gerber, S. 405.

die gewöhnlichen Sequester den syphilitischen ähnlich sein können; speziell bei Scharlacheiterungen und bei den selten vorkommenden tuberkulösen Eiterungen kommen grosse, den luetischen ähnliche Sequester vor. Ausserdem hat Hellmann[1]) darauf aufmerksam gemacht, dass bei Rückbildung gummöser Prozesse die sekundäre eiterige Infektion sehr die Oberhand gewinnen kann. Dass in solchen Fällen die spezifischen Veränderungen ganz in den Hintergrund treten können, ist einleuchtend.

Diese Tatsachen erschweren einen Einblick, welche Rolle und wie häufig bei komplizierten Stirnhöhlenentzündungen der Lues zukommt. Sie kommt aber häufiger in Betracht als man nach den statistischen Angaben Gerbers glauben könnte. Er hat nämlich nur die Fälle verwertet, wo die Lues das prädisponierende Moment war. Ich zitiere folgendes aus seinem Werke: „Luetische Prozesse, die von der Nase oder Stirnbein her sich in die Stirnhöhle fortgesetzt haben — solche Fälle habe ich ausgeschlossen.“ Ob mit Recht, darüber kann man anderer Ansicht sein: Nicht immer ist es möglich zu entscheiden, ob eine Eiterung der Stirnhöhle luetischen Charakters ist; es ist auch nicht immer möglich festzustellen, ob die Eiterung in der Stirnhöhle primär entstanden ist oder von der Nasenschleimhaut sich fortgesetzt hat. Das klinische Bild gibt oft dafür keine Anhaltspunkte. Dieser Umstand rechtfertigt den Standpunkt von Dreyfuss[2]), der gegen die Sonderstellung der nachgewiesenen Fälle sich äusserte.

Wenn man sich aber auch mit der Behauptung Gerbers einverstanden erklärt, dass der Lues bei Komplikationen keine prinzipielle Bedeutung zukommt, so ist das letzte nicht der Fall, wenn man speziell die intrakraniellen Komplikationen ins Auge fasst und dazu noch die Fälle, wo Lues die Ursache der Erkrankung war, auch hinzurechnet.

In der zahlreichen Kasuistik, die Gerber gesammelt hat, sind unter 778 Fällen 171 intrakranielle Komplikationen vorhanden, inkl. der 26 Fälle, wo die Rolle der Stirnhöhle nicht festgestellt war. In diesen 171 Fällen ist die Ätiologie nur in 51 Fällen angegeben, darunter 3 mal Lues. Wenn man dazu noch die Fälle, wo Lues die Ursache der Erkrankung und Komplikation war, die Gerber aus seiner Statistik ausgeschlossen hat (die Fälle Huber, Coakley, 3 Fälle Compaired[3]) und den Fall von Dubreuilles [Skrodski][4]) — überall

[1]) Hellmann, Zit. nach Wilhelm Skrodski, Zur Ätiologie d. Nebenhöhlenempyeme. Diss. Berlin 1895.

[2]) Dreyfuss, Zit. nach Gerber, Komplik. d. Stirnhöhlenerkr. S. 404.

[3]) Gerber, S. 403.

[4]) Dubreuilles, Zit. nach Skrodski, Zur Atiologie d. Nebenhöhl. etc. Diss. Berlin 1895.

waren intrakranielle Komplikationen vorhanden —, zurechnet, dann haben wir in 57 Fällen, wo die Ätiologie bekannt ist, 9 mal Lues. Es sind also ungefähr 15% der Fälle. Es ist nicht möglich ein Urteil sich zu verschaffen, wie sich die Zahlen gestaltet hätten, wäre die Ätiologie in sämtlichen 171 Fällen bekannt. Genauere Kenntnisse, welche Rolle der Lues bei intrakraniellen Komplikationen zukommt, wird man erhalten, wenn man das neue diagnostische Hilfsmittel in Anwendung ziehen wird: die Wassermannsche Reaktion. Es ist nicht ausgeschlossen, dass genauere Untersuchungen des eiterigen Sekretes von diagnostischer Bedeutung sein könnten. Wenn wir auch nicht auf den Spirochäten-Befund rechnen dürfen, so könnte vielleicht das Verhältnis der Leukozyten zu der Lymphozytenzahl uns für die Diagnose einen Anhaltspunkt geben. Zu berücksichtigen sind auch die typischen Veränderungen am Stirnbein, die ausser in Form von gummösen Geschwülsten noch in Form von diffusen gummösen Periostitiden mit ossifizierendem Charakter auftreten. In solchen Fällen sind unregelmässige wallartige Auftreibungen neben Defekten unter der noch ganz intakten Haut leicht festzustellen. Die allgemeine Untersuchung muss das klinische Bild der konstitutionellen Lues zu ergänzen suchen, wobei dem leicht kachektischen Aussehen, den Schmerzen in den Schienbeinen, der Schlaflosigkeit und abnormen psychischen Verhalten besonderer Wert beizulegen ist. Die Präzision der Diagnosestellung ist sehr wichtig für das ärztliche Vorgehen. Hg und Jodkali können den Prozess zum Stillstand bringen. Das Jodkali kann das neue Präparat Jodival ersetzen, welches durch den Gehalt an Valeriansäure die nervösen Beschwerden der Patienten lindern wird.

Diese spezifisch antiluetische Behandlung versagt in all' den Fällen, wo die nekrotischen Vorgänge ausgedehnt sind und zur Sequestrierung des Knochens geführt haben. In solchen Fällen gewinnt der Eiterungsprozess das Übergewicht und es wäre nicht angängig, die spezifische Behandlung fortzusetzen, die den Sequester in keinem Falle eliminieren kann. Es kommt dann nur die chirurgische Behandlung in Betracht, die oft wegen der Grösse der Sequester auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst. In unserem Falle machten sich diese Schwierigkeiten geltend. Der ausgedehnte luetisch nekrotische Prozess am Stirnbeine führte zur intrakraniellen Komplikation in Form eines Extraduralabszesses.

Wie aus dem klinischen Verlaufe zu ersehen ist, handelte es sich um einen chronischen Prozess, hervorgerufen durch in ihrer Virulenz abgeschwächte Erreger, so dass es zu Verwachsungen und Abkapselung des Abszesses gekommen ist. Wir wissen aber, dass der Prozess

von der Dura auf die weichen Häute übergegriffen hat und es ist der Exitus letalis unter dem Zeichen einer Leptomeningitis eingetreten. Wenn wir uns die Frage vorlegen, warum es zu einer Meningitis purulenta gekommen ist, so ist hier nicht von der Hand zu weisen, dass wir es in diesem Falle mit einem postoperativen Komplikationsfalle zu tun haben. Dass solch' ein Eingriff, obwohl er hier möglichst beschränkt war, durch die Erschütterungen beim Meisseln zur Zerreissung und Lösung von Adhäsionen geführt hat, ist wahrscheinlich. Die Verlagerung des Gehirns nach Entleerung des epiduralen Abszesses kann auch mit beschuldigt werden. Dass die meningitischen Erscheinungen erst am dritten Tage, abgesehen von dem epileptischen Anfall am ersten Tage, sich geltend machten, ist auf die geringe Virulenz der Erreger zurückzuführen, die längere Zeit brauchten, um durch starke Vermehrung die pathogene Wirkung zu steigern.

Auf eines möchte ich noch aufmerksam machen. Es ist nämlich am zweiten Tage nach der Operation ein Verbandwechsel vorgenommen worden, wobei die Abszesshöhle mit steriler Kochsalzlösung gespült wurde. Ob bei dieser Gelegenheit aus der septischen Abszesshöhle etwas Flüssigkeit in den Subarachnoidalraum hineingebracht worden ist, ist nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Jedenfalls gehört dieser Fall in die „schwarze Liste“ der postoperativen Komplikationen mit letalem Ausgang.

Diese zwei Fälle vermehren zwar die Zahl derjenigen, wo das ärztliche Vorgehen das gewünschte Ziel nicht erreicht hat. Vielleicht werden mehrere solche aufrichtige Publikationen dazu beitragen, dass in nicht ferner Zukunft eine Vervollkommnung der Therapie erreicht werden wird, und die Prognose der intrakraniellen Komplikationen im Anschluss an Stirnhöhlenerkrankungen keine schlechtere sein wird, als im Anschluss an eitrige Mittelohrentzündungen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem hochverehrten Herrn Professor Dr. H. Neumayer für die Anregung zu dieser Publikation und Herrn Dr. H. Hoffmann für die gütige Unterstützung ergebenen Dank auszusprechen.

Literatur.

H. Gerber, Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. Berlin 1909. Verlag S. Karger.

Röpke (Solingen), Über die Osteomyelitis des Stirnbeins im Anschluss an Stirnhöhleneiterungen und über ihre intrakraniellen Folgeerkrankungen. Verhandlungen der deutsch. Ot. Gesellsch. 17., 18. Mai 1907.

Otto Körner, Die otitischen Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Wiesbaden 1908. Verlag Bergmann.

Al. Tresp, Zur Kasuistik des Empyems der Stirnhöhlen. Diss. Greifswald 1901.

Wilh. Skrodski, Zur Ätiologie der Nebenhöhlenempyeme. Diss. Berlin 1895.

Deodato, Gummöse Syphilis beider Stirnhöhlen. Zeitschr. für Ohrenheilk. 1901. Band 39.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngologie. Heft 6. Jahrg. 18. Verhandl. der Wiener Laryngologischen Gesellschaft.

E. Kaufmann, Lehrbuch der spez. Pathologie.

R. Hofmann, Beitrag zur Färbung und Morphologie des Streptococcus mucosus. Zentralbl. für bakt. und inf. Krankh. I. Abt. XLVI. 1908.

J. Weiss, Gummöse Erkr. der Stirnhöhlen und Siebbeinzellen beiderseits. Arch. f. Lar. und Physiol. Heft 3. 1909.

R. Schilling, Über Osteomyelitis der flachen Schädelknochen im Anschlusse an Entzündungen der Stirnhöhle und des Mittelohrs. Zeitschr. für Ohrenheilk. 48. Band. 1904.

Aus der Hals-Nasen-Ohrenabteilung des Marienhospitals Siegen.

Stirnhöhlenentzündung, Pyämie, Meningitis serosa, Heilung.

Von

Dr. W. Reipen,
leit. Arzt.

Otogene Komplikationen, die Hirn oder Hirnhäute oder den ganzen Organismus betreffen, sind heute jedem Arzt geläufig, rhinogene weniger. Das liegt einmal daran, dass tatsächlich die otogenen infolge der topographischen Anatomie des Gehörorgans (Nähe des Sinus sig moideus etc.) häufiger sind, dann hat aber auch die Otiatrie früher grössere Fortschritte gemacht und ihre Resultate sind damit in gewissem Sinne populärer geworden.

Es wird oft gar nicht an die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Nasen- und anderen Erkrankungen gedacht. Mit Recht machte z. B. Killian — u. a. m. in der Diskussion — in seinem Vortrag im Verein Deutscher Laryngologen 1908 darauf aufmerksam, dass mancher rapid zum Tode führende Scharlach in Wirklichkeit auf einer Infektion des Sinus longitudinalis oder einer Meningitis infolge einer Nasennebenhöhleneiterung beruhe. Ich selbst sah vor einigen Monaten ein 15jähriges Mädchen, das ca. drei Monate vorher einen sehr schweren Scharlach durchgemacht, während dessen sich ein „Furunkel" im rechten inneren Augenwinkel gebildet hatte, der inzidiert wurde und lange geeitert haben soll. Ich konnte damals, drei Monate später, noch eine rechtsseitige Stirnhöhlenerkrankung feststellen, an die während des Scharlachs gar nicht gedacht worden war. Der Durchbruch durch den Stirnhöhlenboden war unter der Signatur „Furunkel" vor sich gegangen.

Es ist mir daher zweifellos, das Komplikationen von Nebenhöhlenerkrankungen viel häufiger sind als man denkt, und es bleibt ein

grosses Verdienst von Gerber, dass er in seinen „Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen“ mit Bienenfleiss ein so grosses Material zusammengetragen und kritisch bearbeitet hat. Es ist sehr zu erwünschen, dass dadurch weitere, nicht nur spezialärztliche Kreise, auf die Gefährlichkeit der Stirnhöhlenerkrankungen aufmerksam werden.

Einen kleinen Beitrag zu den Gefahren der Stirnhöhlenentzündung kann ich heute liefern. Er verdient ein erhöhtes Interesse, weil es sich um eine rhinogene Pyämie handelt, der bisher nach Gerber fast alle zerebralen Sekundärerkrankungen erlegen sind — mein Patient ist geheilt worden — 2. weil zugleich eine Meningitis serosa bestand, deren Gerber in der gesamten Literatur nur drei bezw. vier gefunden hat.

Am 20. II. wurde ich von Herrn Dr. Dürst zu dem 16jährigen Patienten Otto M. zugezogen. Nachdem etwas Schnupfen vorausgegangen, war dieser vor 8 bis 14 Tagen nachts mit starkem linksseitigen Kopfschmerzen aufgewacht. Am nächsten Tage begann die Nase stark zu bluten, so dass in Abwesenheit des Kollegen Dr. Schmidt die Tamponade der Nase mit dem Belloqschen Röhrchen und von vorn ausführte. Am Abend desselben Tages hatte M. 39,4° Fieber. Das Fieber hatte angehalten. Schüttelfrost oder Erbrechen waren nicht eingetreten. Nach und nach bildete sich ein Ödem des linken Augenlides sowie Ptosis aus.

Die Familie des M. war mir seit Jahren bekannt; er war von neun lebenden Geschwistern der siebente, der von mir bezw. in Universitätskliniken an Nebenhöhlenempyemen behandelt worden war.

M. lag mit stark gerötetem Gesicht im Bett, nicht benommen. Er gab auf Fragen klare Antworten. Die Reflexe waren normal, die Sensibilität erhalten, im Kälte- und Wärmegefühl keine Störung. Es bestand keine Nackenstarre, kein Kernigsches Symptom. Seit zwei Tagen konnte er die Finger der linken Hand nicht bewegen, angeblich, weil er auf ihr gelegen habe. Es fand sich deutliche Fluktuation in der Volarseite des linken Unterarmes.

Das rechte Ohr war normal; links bestand eine stecknadelkopfgrosse fast zentrale Perforation; das Trommelfell wie die Mittelohrschleimhaut waren blass und kein Sekret zu sehen.

Die rechte Nasenseite war normal. Die Stirn war links im Stirnhöhlenbereich auf Druck und Klopfen sehr empfindlich, aber nicht gerötet; und — angeblich weniger als die Tage vorher — geschwellt. Das linke obere Augenlid war etwas ödematös. Öffnete man die Lidspalte, so erschien die Conjunctiva bulbi chemotisch, die Pupille normal auf Licht reagierend. Es bestand keine Protrusio bulbi, keine Verdrängung nach aussen. Bei grober Sehprüfung ergab

sich normales Sehvermögen; nur gab M. bei binokularem Sehen an, dass er alles doppelt sehe, ausgenommen beim Blick nach links.

Die Tampons wurden vorsichtig ohne Blutung aus der Nase entfernt. Sie stanken aashaft. Die Schleimhaut des Naseninnern war mazeriert, im mittleren Nasengang rahmiger stinkender Eiter.

Da somit die Diagnose Stirnhöhlenentzündung mit Pyämie nicht zweifelhaft war, so schlugen wir den Angehörigen die Überführung ins Krankenhaus vor, was denn auch geschah.

Am 21. II.: Morgens 38,8° mittags 39,5°, relatives Wohlbefinden; das Doppeltsehen hat nachgelassen. Nachmittags Killiansche Operation unter Assistenz von Dr. Flosdorf: Mässig grosse Stirnhöhle mit langer nach hinten schmäler werdenden Orbitalbucht, Schleimhaut sulzig, besonders in der Gegend der Mündung des Canalis nasofrontalis. Hier zogen sich fadenförmige weisse Streifen durch die sulzige Masse. Die Höhle war mit aashaft stinkendem Eiter gefüllt. Die hintere Stirnhöhlenwand war glatt und glänzend. Der Stirnhöhlenboden war sehr dünn. Beim Abhebeln der Weichteile der Orbita entleerte sich aus 3 bis 4 cm Tiefe ca. ein Esslöffel stinkenden Eiters. Die vorderen Siebbeinzellen wurden ausgeräumt. Ihre Schleimhaut war stark geschwollen und gerötet. Zufällig wurde das Septum zwischen beiden Stirnhöhlen verletzt; die Schleimhaut der gesunden Seite blieb aber intakt. Breite Kommunikation nach der Nase zu. Jodoformgazedrain. Naht mit Bronzedraht. Verband.

Eröffnung des Abszesses am Arm, aus dem ein kleiner Tassenkopf geruchlosen Eiters sich entleerte. Ruhigstellung. Nach der Operation 37,2°, Puls 84; am folgenden Tag 39,8°. Zugleich entwickelte sich beiderseits eine diffuse Bronchitis mit eiterigem Auswurf, die ca. 14 Tage anhielt. Apomorphin, Priessnitz.

Die Operation hatte zunächst keinen Einfluss auf das Fieber. Es behielt vier Wochen einen exquisit pyämischen Charakter, das sich durchschnittlich zwischen 36,5 und ca. 39,7 bewegte. Der Puls blieb frequent; keine Schüttelfröste. Zeitweise bestanden Kopfschmerzen und leichte Benommenheit. Die Heilung der Armwunde verzögerte sich etwas durch Hereinrutschen des Gummidrains, heilte aber nach der Entfernung desselben schnell. An der Stirnwunde platzten die Nähte des unteren Schnittschenkels auf; es wurde ein Gazestreifen eingeführt. Nach 14 Tagen war die Stelle per secundam geheilt. Das Ödem der Augenlider ging sehr schnell zurück.

Am 26. II. trat schmerzlos eine leichte Sekretion aus der linksseitigen Trommelfellperforation auf.

Am selben Tage stellte Augenarzt Dr. Blaumeyer, dem ich für diese wie für die folgenden ophthalmologischen Untersuchungen

sehr verpflichtet bin, eine linksseitige Neuritis optica fest. Rechts war der Augenhintergrund normal.

6. III. Schwellung des Metakarpophalangealgelenks des rechten III. Fingers — am 2. III. unter feuchten Verbänden geheilt —.

7. III. Links: Neuritis optica; septische Blutung in der Retina Gesichtsfeld normal, keine Störung der Farbenempfindung, rechts: beginnende Neuritis optica.

10. III. Drüsenschwellung unterhalb des linken Warzenfortsatzes in der Gegend der grossen Halsgefässe, am 18. III. unter Priessnitz geheilt. Processus nicht empfindlich.

15. III. Rechts: Nasale Hälfte der Papille stärker verwaschen; die temporale Hälfte beginnt unscharf zu werden. Gefässe gefüllt und leicht geschlängelt.

Links: Papille ganz verwaschen, Gefässe am Papillarrande stellenweise unterbrochen. Am Rande der Papille, oben aussen im umgekehrten Bild eine kleine Blutung neben einer Vene, die spindelförmig an- und abschwillt.

18. III. Rechts: Papille vollständig verwaschen. Gefässe mehr gefüllt, stärker geschlängelt; im umgekehrten Bilde unten aussen erscheint am Rande der Papille eine Vene an einer starken Kurve durch einen weissen Fleck vom doppelten Kaliber der Vene unterbrochen (Resorptionsherd?).

Links: Papille noch mehr verwaschen. Blutung noch grösser geworden. Das pyämische Fieber fiel langsam ab bis zum 22. III. Dann blieb die Temperatur normal bis zum 29. III., an dem sie wieder auf 38,0° stieg.

30. III. Im linken Augenhintergrund eine neue Blutung.

31. III. Lumbalpunktion, die vollkommen klaren Liquor unter starkem Druck ergab.

8. IV. Stillstand der Augenhintergrunderscheinungen. 11. IV. Deutlicher Rückgang derselben.

Am 11. IV. wog Patient, der unterdessen schon zugenommen hatte, 93 Pfund, am Entlassungstage 110. M. hat sich seitdem noch öfter kontrollieren lassen, geht seiner Arbeit nach und hat auch noch weiter an Gewicht zugenommen. Das Naseninnere war bei der letzten Untersuchung vollkommen normal, kein Eiter vorhanden. Die äussere Narbe ist verblasst und fast unsichtbar, nur im unteren Teil etwas verbreitert. Über der operierten Stirnhöhle besteht eine leichte Delle. Die Augen sind normal; der Arm funktioniert tadellos; das Ohr ist trocken.

Es handelt sich hier also um eine akut einsetzende Stirnhöhlenentzündung mit Orbitalabszess und intermuskulären und Gelenk-

Metastasen, pyämischem Fieber ohne Fröste und hoher Pulszahl, beiderseitige Neuritis optica, Blutungen in der Netzhaut und Vermehrung der Zerebrospinalflüssigkeit.

Man könnte mit Rücksicht auf das plötzliche Einsetzen der Erkrankungen an eine Osteomyelitis des Stirnbeins denken; dafür fehlt aber das klinisch wichtigste Symptom, das Überschreiten der Stirnhöhlengrenzen, das sich in den 8 oder 14 Tagen, die seit Beginn der Erkrankung vergangen waren, hätte zeigen müssen.

Die pyämische Kurve, die Metastasen — als solche wird man wohl auch die Bronchitis auffassen müssen — lassen keinen Zweifel, dass infolge der Stirnhöhlenentzündung eine Thrombose und eine Verschleppung von Thromben im Körper stattgefunden hat. Die hintere Stirnhöhlenwand und die obere Wand der Orbitalbucht erschienen bei der Operation intakt. Einen Fingerzeig, von wo die Thrombose ihren Ausgang genommen, kann man vielleicht in dem Ödem des oberen Augenlids und den weissen Streifen (thrombosierte Venen?) in der Schleimhaut des Stirnhöhlenbodens erblicken. Bekanntlich bestehen konstant Verbindungen dieses Bezirks mit der V. ophthalmica und supraorbitalis. Eine Thrombose der ersteren ist ausgeschlossen, da dann zweifellos ein Verschluss der V. centralis retinae, die in die Ophthalmica mündet und damit das typische Bild der Thrombose der A. centralis ret. im Augenhintergrund hätte gefunden werden müssen. Am ehesten möchte ich annehmen, dass es sich um eine Affektion der V. supraorbitalis oder einer anderen (Knochen?) Vene in dieser Gegend gehandelt hat. Dadurch wäre auch der Orbitalabszess bequem zu erklären, wenn ich auch nicht leugnen will, dass dieser per continuitatem entstanden sein kann.

Das Befinden des Patienten post operationem bot diagnostisch grosse Schwierigkeiten. Das pyämische Fieber, die hohe Pulszahl, die Neuritis optica, dazu leichte Kopfschmerzen und Benommenheit liessen die Frage auftauchen, wodurch nach Eliminierung des primären Herdes das schwere Krankheitsbild noch unterhalten wurde; ob es sich um eine fortschreitende Thrombophlebitis handle, ob eine Meningitis serosa oder purulenta im Anzug oder ob ein Hirnabszess im Entstehen begriffen sei. In den ersten acht Tagen konnte die Bronchitis als Erklärung für das Fieber gelten, aber diese heilte bald. Zudem sprach die Neuritis optica dagegen, dass die Ursache ausserhalb des Schädels zu suchen sei. Ein Abszess war unwahrscheinlich, 1. weil die an das Gehirn grenzenden Knochenteile bei der Operation gesund befunden worden waren, 2. wegen der pyämischen Kurve, die sich bei Hirnabszessen wohl nur findet, wenn weitere Komplikationen bestehen. Mit einer Meningitis waren Fieber, Kopf-

schmerzen, Benommenheit und Augenbefund in Einklang zu bringen; es musste aber in etwa befremden, dass gar kein Erbrechen, keine Nackenstarre, kein Kernig vorhanden war. Zu einer Lumbalpunktion konnte ich mich in den ersten Wochen nicht entschliessen, weil ich mit der Möglichkeit eines Hirnabszesses noch rechnete und daran denken musste, dass ein latenter Abszess durch die Durchschwankung platzen konnte, wie das bekanntlich von otogenen schon berichtet ist. Daneben kam nur noch ein Fortschreiten der Thrombose in Betracht. Wenn der Thrombus weiter wuchs — eine Thrombose des Sinus longitudinalis erschien mir wegen des guten Aussehens des Knochens unwahrscheinlich, wenn ich sie auch nicht ganz ausschliessen konnte — so musste es zur Cavernosusthrombose und deren charakteristischem Bilde (Exophthalmus, Lähmung des N. III, IV, VI, V, Ram. 1 etc.) kommen. Als am 10. III. die Schwellung unterhalb des Processus entstand, befürchtete ich einen Moment, dass eine solche im Anzug sei; denn bekanntlich sieht man bei dieser zuweilen eine Schwellung in der Regio mastoidea. Die Schwellung ging aber bald zurück und ist wohl durch das Aufflackern der Otitis zu erklären.

Ich schwankte also zwischen Meningitis und Fortschreiten der Thrombose oder einer Kombination beider und in diesem Dilemma brachte auch die Sehnervenentzündung des rechten Auges keine Klärung. Ein Eingriff erschien mir, wo Ort und Sitz des Übels zweifelhaft, inopportun, zumal er bei dem stark reduzierten Zustand des Mannes eine schwere Gefahr für ihn bedeutet hätte.

Ich wartete daher ab und wurde darin bestärkt, als nach und nach das Fieber von selbst zur Norm zurückkehrte. Als aber dann die Temperatur, nachdem sie sechs Tage normal gewesen, wieder anstieg und zugleich im rechten Auge eine neue Blutung auftrat, entschloss ich mich am 31. III. zur Lumbalpunktion mit dem oben erwähnten Resultat.

Die starke Vermehrung der Zerebrospinalflüssigkeit, die angeführten meningitischen Symptome und last not least der günstige Verlauf sind charakteristisch für Meningitis serosa. Allerdings, den triftigsten Beweis durch nochmalige Trepanation und Spaltung der Dura muss ich schuldig bleiben, da der Patient auch ohne dies genas.

Dass die Meningitis per continuitatem entstanden, erscheint mir jetzt, post hoc unwahrscheinlich. Wahrscheinlicher dünkt mir, dass sie durch venöse Verbindungen einer thrombosierten Orbital- oder Knochenvene mit den weichen Hirnhäuten, wie sie ja öfter vorkommen, entstanden ist. Andererseits ist die Möglichkeit auch nicht von der

Hand zu weisen, dass bei der Operation nicht sichtbar gewordene Knochenvenen (an der Vereinigungsstelle des Daches und des Bodens der Orbitalbucht?) erkrankt waren, die entweder durch die Vena diploica frontalis oder am Foramen coecum eine Verbindung mit dem Sinus longitudinalis hatten. Der Thrombus kann bis in den Sinus gewachsen sein — charakteristische Symptome für die Erkrankung des Längsblutleiters gibt es bekanntlich nicht — und von dort aus die pyämischen, meningitischen und Augenerscheinungen in Gang gesetzt haben.

Neue Fälle von Diagnosen mittelst direkter Laryngoskopie, die mit dem Spiegel nicht gestellt werden konnten.

Von

Dr. Guisez, Paris.

In einer Mitteilung, welche gelegentlich der Tagung der Société française im Monat Mai gemacht wurde, haben wir schon von einer Anzahl von Fällen berichtet, in welchen es gelang, vermittelst des Röhrenspatels eine exakte Diagnose der Kehlkopfaffektion zu stellen. Wir berichteten besonders von mehreren Fällen von Polypen der vorderen Kommissur, welche bei schwierig zu untersuchenden Individuen durch direkte Untersuchung diagnostiziert und operiert werden konnten.

Bei Kindern, wo der Larynx sehr schwierig, ja unmöglich wegen der Unlenksamkeit der Patienten zu untersuchen ist, ist diese Methode die einzige, welche mit der Allgemeinnarkose vereinbar ist. So haben wir schon mehrere Fälle von multiplen Papillomen des Larynx veröffentlicht, welche allein durch dieses Verfahren erkannt werden konnten.

In einem derselben (das Kind wurde durch unsern Kollegen Berthémès in Charleville überwiesen), konnte die Operation dieser Polypen auf natürlichem Wege gemacht werden.

In zwei anderen Fällen handelte es sich darum, die Ursache der Glottis-Stenose zu erkennen.

In einem war der Patient erst acht Monate alt, und da er drei Monate zuvor tracheotomiert worden war, konnte er dekanuliert werden; da er aber wieder seit einigen Tagen Zeichen von Stridor und ausgesprochener Atemnot zeigte, wurde er zu Dr. Luc gebracht.

Da man den Spiegel in diesem Alter unmöglich anwenden kann, handelte es sich darum, zu wissen, was die Atemnot verursachte.

Wir nahmen unsere Zuflucht zum Kehlkopfspatel, um diese Diagnose festzustellen. Mit dessen Hilfe sahen wir in der subglottischen Region eine Masse, die die vordere Hälfte des Luftrohrs versperrte. Nach Kokainisierung berührten wir diese Masse mit dem Messer; sie erschien uns von fester Konsistenz und glatter Oberfläche. Die Stimmbänder sind von gesundem und normalem Aussehen und spielen ganz frei. Das Hindernis ist also unmittelbar subglottisch. Nachdem darauf die Laryngotomie von Dr. Luc und uns gemacht worden war, sahen wir, dass es sich in diesem Fall um einen knorpeligen Auswuchs handelte, welcher von der Cartilago cricoidea ausging und der sehr leicht herausgeschnitten werden konnte.

Der zweite dieser Kranken war ein Knabe von zwölf Jahren, der im Alter von fünf Jahren tracheotomiert worden war, also sieben Jahre zuvor. Die Spiegeluntersuchung seines Larynx war unmöglich; der hängende und schlaffe Kehldeckel richtete sich im Augenblick der Untersuchung nicht auf und es war unmöglich etwas anderes zu sehen als die Arytenoidgegend. Dahingegen gestattete uns der Röhrenspatel, welcher den Larynx direkt dem Auge darbot, die Unversehrtheit der Stimmbänder in den beiden hinteren Dritteln mit einigen Narben in dem vorderen Teil zu konstatieren. Nachdem wir den Röhrenspatel ein wenig tiefer geführt und die subglottische Gegend untersucht hatten, konnten wir eine Konvergenz der lateralen Teile des Larynx und der vorderen Region konstatieren, welche dem subglottischen Teil ein trichterförmiges Aussehen gab. Durch diese Tatsache war die Undurchgängigkeit beinahe vollkommen; es handelte sich unserer Meinung nach um eine gleichzeitig narbige und knorpelige Stenose.

Nachdem die Operation der Laryngotomie einige Tage darnach gemacht worden war, zeigte sich eine Hypertrophie der Cartilago cricoidea als hauptsächliches Atmungshindernis und Narbengewebe, welches den Kehlkopf versperrte. In einigen Tagen wird das Kind definitiv dekanuliert und das Ergebnis wird in extenso veröffentlicht werden.

Ein anderer Fall stellte eine nicht weniger interessante Diagnose fest: Ein Kind von acht Monaten wird uns von einem Kollgen aus der Provinz mit keuchender Atmung und substernalem Stridor gebracht. Dieser Zustand hielt seit 14 Tagen an und verschlimmerte sich in der letzten Zeit. Da die Atmung behindert und Stridor vorhanden war, dachten wir an ein Hindernis im Kehlkopf oder der Trachea; doch mussten wir hierüber ein klares Bild haben.

Die Untersuchung mit dem kleinen Röhrenspatel zeigte uns die absolute Unversehrtheit des Larynx, der sub-laryngealen Region und in dem Augenblick, wo die Stimmbänder den Moment ihrer grössten Abduktion erreicht haben, konnten wir sehr leicht die Bifurkation bemerken, welche uns vollkommen frei erschien. Wir bemerkten ausserdem, dass während der ganzen Dauer der Untersuchung die Atmung viel tiefer und viel weniger rasch ist. In den unteren Atmungswegen ist nichts, was die Dyspnoe erklärt, welche sofort nach unserer Untersuchung wieder einsetzt. Als wir uns bei dieser Gelegenheit an einen kleinen kranken Säugling erinnerten, welcher auch Atemnot und einen gewissen Grad von Stridor aufwies, und dessen ganze Beschwerden von adenoiden Wucherungen herrührten, schlugen wir den Eltern eine Untersuchung mittelst der Adenoidenzange vor, welche zu gleicher Zeit für die Diagnose und die Therapie aussichtsvoll erschien. Wir waren so glücklich, umfangreiche adenoide Wucherungen entfernen zu können. Die Atmungsbeschwerden haben sich auch sehr gebessert und der Stridor ist vollkommen verschwunden.

Man weiss, wie schwer die Diagnose der Larynxstenosen und diejenige der adenoiden Wucherungen bei ganz kleinen Kindern ist. Die Digitaluntersuchung ist in diesem Alter kaum möglich und in diesem speziellen Fall, wo Dyspnoe des Kindes bestand, schien dies absolut nicht angezeigt. Die Diagnose konnte per exclusionem gestellt werden dank der Tracheoskopie, welche in diesem besonderen Fall sicherlich eine Tracheotomie, die nahe bevorstehend schien, verhindert hat.

Bei Erwachsenen machen bestimmte Formen der Epiglottis (Rücklagerung, Form wie ein Gendarmenhut, Infiltration des Kehldeckels) und in einigen Fällen die Dicke der Zungenbasis die Untersuchung des Larynx vermittelst des Spiegels unmöglich. Dasselbe gilt für die Kranken, die lange Zeit zuvor tracheotomiert wurden, wo die sublaryngealen Teile schlaff geworden sind und jeglichen Tonus verloren haben. Wir haben bereits in der Société française (Tagung vom Mai 1909) die Aufmerksamkeit auf einige Formen von Polypen der vorderen Teile des Larynx und im besonderen in die Nachbarschaft der vorderen Kommissur hingelenkt, welche sehr schwer mit dem Spiegel zu erkennen und unter indirekter Laryngoskopie zu operieren sind. Wir hatten Gelegenheit mehrere Fälle von Polypen, die früheren unter dem Spiegel gemachten Untersuchungen entgangen waren, mit Erfolg und grosser Leichtigkeit zu operieren.

Der Röhrenspatel richtet die Epiglottis in die Höhe, drängt sie gegen die Zungenbasis, die dann selbst wieder nach vorn gedrängt

wird und er gewährt so ein weites Gesichtsfeld zur Inspektion des Luftrohres oberhalb wie auch unterhalb der Glottis.

In neuester Zeit hatten wir einen Kranken zur Beobachtung, der von unserm Kollegen Dr. Ulmann geschickt, uns wegen Heiserkeit der Stimme und seit einigen Tagen zunehmender Dyspnoe konsultierte. Dieser Kranke war von mehreren sehr kompetenten Laryngologen behandelt worden und die Untersuchung des Larynx war, wie er uns sagte, stets unmöglich gewesen.

Als wir ihn untersuchten, konnten wir uns sofort davon Rechenschaft geben, dass die Spiegeluntersuchung durch die Basis der verdickten Zunge sehr gehemmt war und dies die Einführung des Spiegels verhinderte. Die Zunge war sehr lang und dick und zum Überfluss hob sich die Epiglottis überhaupt nicht im Moment des Aussprechens des Buchstabens äh. Aus allen diesen Gründen war es unmöglich etwas anderes zu sehen, als die Arytenoidalgegend und das hintere Drittel der Stimmbänder, das uns verdickt aber sehr beweglich erschien.

Die Untersuchung mit dem Röhrenspatel liess uns nach Beugung der Epiglottis und Rücklagerung dieser gegen die Zungenbasis folgende Schädigungen wahrnehmen:

Die Stimmbänder erscheinen rot, verdickt wie bei Laryngitis chronica: wir sahen am vorderen Teil des Stimmbandes und zwar mehr an der unteren Fläche des freien Randes desselben eine Masse von der Grösse einer gefurchten Linse, die direkt ohne Stiel dem Stimmbande aufzusitzen schien. Da der Allgemeinzustand des Kranken befriedigend war, da, wie gesagt, der Zustand des Stimmbandes, abgesehen von diesem Tumor gesund beweglich erschien, stellten wir die Diagnose auf einen fibrösen Polypen des Stimmbandes. Die Extirpation desselben konnte unter direkter Laryngoskopie mit Hilfe einer schneidenden Zange leicht gemacht werden, aber die histologische Untersuchung, welche von Dr. Deglos gemacht wurde, zeigte, dass es sich um ein nicht sehr umfangreiches Epitheliom handelte. Hier ist es sicherlich die direkte Laryngoskopie, welche eine Frühdiagnose des Larynxkrebses, des Krebses, der auf das Stimmband beschränkt erscheint, gestattete. Durch sie wird für diesen Fall ein Eingriff bedingt, der sich auf die Resektion des Stimmbandes oder auf teilweise Resektion des Larynx noch beschränken kann.

Man sieht also, dass bei einer gewissen Anzahl von Fällen die direkte Laryngoskopie die grössten Dienste für die Larynxuntersuchung leistet. Sie darf den Spiegel sicherlich nicht verdrängen, dieser Gedanke liegt uns fern, denn sie verlangt von dem Ausführenden eine gewisse Geschicklichkeit. Aber sie leistet in ganz

bestimmten Fällen, wo der Gebrauch des Spiegels schwer oder unmöglich ist, unbestreitbare Dienste in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.

Wir bedienen uns des geteilten Röhrenspatels, der hinsichtlich der Einführung und der inneren Instrumentenhandhabung bequem ist: wir benützen ihn jetzt immer in liegender Stellung, den Kopf vorn über den Rand des Tisches hängend, welche Lage die grösste Rückwärtsbegung des Halses gestattet.

Fälle mit Dyspnoe eignen sich auch durchaus nicht weniger zur Anwendung des Spatels: wir haben immer bemerkt, dass sich während der Untersuchung die Atmung viel leichter bewerkstelligt, ohne Zweifel dank der Dehnung, die der Bandapparat des Kehlkopfs (Ligamenta glosso-epiglottica und ary-epiglottica) durch den Spatel erfährt und dank der Kokainisierung, welche alle geschwollenen Gewebe zur Norm zurückführt. Nur bei Kranken mit kurzem Hals ist die Benützung des Spatels schwer, selbst unmöglich; aber diese Fälle stellen entschieden Ausnahmen dar.

Gravidität und Kehlkopftuberkulose.

Ein kasuistischer Beitrag[1])

von

Dr. med. A. v. Sokolowski-Warschau.

Ich will hier nicht dieses wichtige Kapitel der Pathologie der Kehlkopftuberkulose vom historischen Standpunkte aus betrachten. Die Tatsachen sind nämlich allgemein bekannt und haben in den letzten Jahren vielfach zu verschiedenen Diskussionen in der medizinischen Presse wie auch in den medizinischen Gesellschaften Anlass gegeben. Ich will hier nur einige kasuistische Fälle mitteilen und daran einige praktische Bemerkungen anknüpfen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass, wie es auch sämtliche Autoren behaupten, die durch die Schwangerschaft komplizierte Kehlkopftuberkulose auf den Organismus äusserst fatal einwirkt und in der Mehrzahl der Fälle letalen Ausgang hervorruft; doch dürfen die Praktiker in dieser Hinsicht eine fatale Prognose nicht absolut aufstellen, denn, wenn auch selten, kommen doch Fälle von Kehlkopftuberkulose, die durch Schwangerschaft kompliziert ist, vor, die doch glücklich verlaufen, wie nachfolgende Beobachtungen uns dies zeigen. So konsultierte mich vor vier Jahren im Frühjahr eine 24 jährige verheiratete Frau, die sich im fünften Monat der Gravidität befand und seit einigen Wochen an hartnäckiger Heiserkeit litt, die man der Gravidität und dem sie begleitenden Erbrechen zuschrieb. Bei der Untersuchung des Kehlkopfes der stark abgezehrten Kranken, fand ich ziemlich ausgedehnte Geschwüre auf den beiden Stimmbändern und

1) **Nach einem Vortrage, gehalten in der Warschauer Medizin. Gesellschaft. 1. Juni 1909.**

deutliche Infiltrate in der Lungenspitze, was zusammengenommen keinen Zweifel aufkommen liess, dass man es hier mit einer tuberkulösen Krankheit zu tun habe. Ich verordnete der Kranken einen Aufenthalt im Otwocksanatorium bei Warschau sogar während der Niederkunft. Daraufhin sah ich sie noch mehrmals. Die Niederkunft verlief glücklich und der Kehlkopfprozess schritt nicht vorwärts, wie es zu vermuten war, sondern die Geschwüre begannen im Gegenteil eine Tendenz zur Heilung aufzuweisen. Der allgemeine Zustand der Kranken besserte sich ständig. Ich sah sie seitdem von Zeit zu Zeit und beim letzten Male habe ich die Vernarbung der Geschwüre im Kehlkopf und die Aufhaltung des tuberkulösen Prozesses konstatieren können. — Im Monat Dezember 1907 konsultierte mich eine 30jährige verheiratete Frau, und zwar infolge eines Hustens und leichter Heiserkeit — wobei sie nur erzählte, dass sie eine vor einem Monate glücklich abgelaufene Gravidität durchgemacht habe, im Verlaufe welcher sie stark heiser war und mehrere Monate lang an starken Schluckbeschwerden litt, die noch zur Zeit in geringem Masse vorhanden wären. Bei der laryngoskopischen Untersuchung der Kranken fand ich ziemlich ausgebreitete für die Kehlkopftuberkulose typische Infiltrate der hinteren Kehlkopfwand, schon etwas zusammengeschrumpft, wie wir das oft bei der beginnenden Vernarbung dieser Gegend sehen können. Der allgemeine Zustand der Kranken war wenig befriedigend, die Kranke expektorierte viel. Ich verordnete ihr eine längere klimatische Behandlung im Otwocksanatorium. Darauf sah ich die Kranke nach einem halben Jahre, das heisst im Monat Mai 1908. Ihr allgemeiner Zustand hatte sich vortrefflich gebessert: sie hustete wenig, das Schlucken war ganz unbehindert, die hintere Wand des Kehlkopfes war verdickt und zeigte alle Erscheinungen eines Vernarbungsprozesses. — So muss man also in solchen Fällen nicht immer sofort eine schlechte Prognose aufstellen, wie uns das die oben erwähnten Fälle zeigen, von denen der zweite einen günstigen Ausgang nahm, trotz der Lokalisierung des Prozesses an der hinteren Wand, der doch, wie bekannt, viel schlimmere Aussichten eröffnet als der an den Stimmbändern lokalisierte tuberkulöse Prozess. Wenn also klinische Tatsachen beweisen, dass diese Komplikation trotz der Gravidität — allerdings selten — einen günstigen Erfolg nehmen kann, so entsteht die Frage, welcher Art unser therapeutisches Verfahren bei solchen Fällen sein soll. Vor allem muss sobald als möglich der Kehlkopfprozess ganz genau erkannt werden, und hier muss der Arzt als Prinzip annehmen — und besonders sei dies von den Geburtshelfern gesagt — den geringsten Husten oder Heiserkeit, besonders wenn sie mehrere

Tage anhält, ferner Schluckbeschwerden bei schwangeren Frauen nicht gering zu achten und bei solchen Kranken sich nicht allein auf die Untersuchung des Rachens zu beschränken, sondern durchaus auf die genaue Untersuchung des Larynx durch einen geübten Laryngologen zu dringen; denn bei dieser Art von Kranken und vor allem bei denen, die durch Erbrechen geschwächt und überhaupt sehr gereizt sind, ist die Untersuchung (besonders in später Schwangerschaft) sehr schwierig, bedarf einer grossen Übung und Geduld seitens des Arztes. Die Vernachlässigung der Untersuchung des Kehlkopfes zieht oft die allerschlimmsten Folgen nach sich, da der tuberkulöse Prozess des Kehlkopfes sich weiter entwickelt, oftmals bei schwangeren Frauen in latenter Form, häufig ganz ohne Husten, und lediglich tritt dabei in den meisten Fällen Heiserkeit auf, die man der Gravidität zuschreibt, oder Schluckbeschwerden, die oft sogar durch den Arzt für eine Anstrengung des Halses durch das Erbrechen erklärt werden, was alles nach überstandener Niederkunft verschwinden soll. Leider tritt der tuberkulöse Prozess nach kürzerem oder längerem latenten Verlaufe von mildem Charakter dann in akuterer Form auf, mit starker Dysphagie und Fieber, es entsteht ein grosser Lärm seitens der Familie der Kranken und die erst jetzt durchgeführte Untersuchung des Kehlkopfes erweist einen schon weit fortgeschrittenen tuberkulösen Prozess des Kehlkopfes und trotz der Anstrengung und aller medizinischen Eingriffe seitens des Arztes nimmt er bald einen fatalen Ausgang an. Ich habe leider eine ganze Reihe der Fälle letzter Art gesehen, weswegen ich auf die zeitige, genaue Untersuchung der Kranken dringend aufmerksam mache. Wenn in der Phase des beginnenden tuberkulösen Prozesses zugleich Gravidität in den ersten Monaten vorhanden ist, so wird wohl bei solchen Kranken eine zeitige Unterbrechung der Schwangerschaft und darauf eine längere klimatische Behandlung am besten angebracht sein, auf welchem Wege hier eine Besserung eintreten kann. Bei weit vorgeschrittener Gravidität bringt ihre Unterbrechung gewöhnlich keinerlei Vorteile und kann sogar nur den fatalen Ausgang des Prozesses beschleunigen. In dieser Periode müssen wir uns also nur auf die symptomatische Behandlung beschränken, bei der äusserlich und innerlich angewandte narkotische Mittel vorherrschen müssen. Jedenfalls muss der Arzt solchen Kranken dringend von einer Reise nach Kurorten abraten, besonders von einer Reise im Winter nach dem Süden, um sie dadurch vor fatalen Folgen grosser Enttäuschung und bedeutenden Kosten zu schützen; denn hieraus entsteht doch meistenteils eine Erbitterung der Familie der betreffenden Kranken über den Arzt. Vielmehr muss der Arzt zu einem Landaufenthalte in den Sommer-

monaten oder einem Besuche eines nicht weit entfernten Sanatoriums dringend raten. — Was den Einfluss der Schwangerschaft überhaupt auf den Verlauf der Lugentuberkulose betrifft, so muss ich bemerken, dass diese Angelegenheit seit drei Jahren, wo ich diese Frage in meiner „Klinik der Brustkrankheiten"[1]) genau erörtert und die Ausführungen anderer Autoren und meine eigene Ansicht darüber zusammengestellt habe, trotz vieler Diskussionen noch immer unentschieden ist, und zwar im Punkte zweierlei Ansichten: die eine Reihe von Autoren, mit Maragliano an der Spitze, behauptet, man müsse bei jeder schwangeren mit Tuberkulose affizierten Kranken den Abortus durchaus ausführen; andere Autoren beschränken diesen Eingriff nur auf weiter vorgeschrittene Prozesse und behaupten, dass der Abortus einer mit Tuberkulose affizierten Frau hinsichtlich ihrer Gesundheit nur schaden und oft sogar auf den akuten Verlauf des tuberkulösen Prozesses einwirken kann. Meine eigene Erfahrung in dieser Hinsicht möchte ich in folgender Weise resümieren: die Streitfrage betrifft vornehmlich beginnende Phasen der Tuberkulose und langwierige Prozesse von einem fibrösen Charakter; denn Frauen, die mit weiter vorgeschrittener Lungentuberkulose behaftet sind und mehr noch, wenn bei ihnen Fieber vorhanden ist, werden gewöhnlich nicht schwanger und, falls dies ausnahmsweise eintritt, so treiben sie entweder von selbst die Frucht ab, oder gebären vorzeitig in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, und so ist es besser den normalen Ausgang der Gravidität abzuwarten, obwohl man, wie es gewöhnlich in der Pathologie der Fall ist, auch hier keine genaue Regel aufstellen kann. Ich habe nämlich Fälle gesehen, bei denen die Kranken bei ziemlich weit vorgeschrittener Tuberkulose nicht nur schwanger wurden, sondern dieselbe glücklich überstanden und die Gravidität übte durchaus keinen schlimmen Einfluss auf die Verschlimmerung ihres Zustandes aus. Es sind dies aber verhältnismässig seltene Fälle. Und so bin ich der Ansicht, dass man bei weit vorgeschrittener Lungentuberkulose, wenn die Kranken schwanger werden, und die Gravidität ganz sicher festgestellt ist, stets den künstlichen Abortus ausführen soll, wenn möglich in zeitigen Phasen der Schwangerschaft. Bei Fällen von Schwangerschaft in beginnenden Perioden der Krankheit und besonders fieberlosen Phasen soll sich der Arzt, meiner Ansicht nach, nicht von einer allgemeinen Maxime oder Theorie leiten lassen, sondern er soll jeden einzelnen Fall individualisieren, denn die klinische Erfahrung lehrt uns einerseits, dass diese Art von kranken Frauen glücklicherweise

[1]) Berlin, Hirschwald, 1906.

nicht allzu selten die Schwangerschaft sehr gut übersteht, gesunde Kinder gebärt und dass der tuberkulöse Prozess dabei keine Verschlimmerung erfährt; andererseits lehrt sie uns häufig, dass der sogar in beginnenden Perioden durchgeführte Abortus die Frauen durchaus nicht vor der weiteren Entwickelung des tuberkulösen Prozesses schützt, und oft ruft sogar der Eingriff langdauernde Schmerzen und schwere Folgen hervor, sogar den Tod. Ich persönlich halte mich hierbei an folgende Regeln: wenn ich mit der Schwangerschaft und beginnender tuberkulöser Krankheit bei einer nicht fiebernden Person, die bei gutem allgemeinen Zustande die ersten Monate der Gravidität gut erträgt, zu tun habe, so rate ich, wenn die vorhergegangene Gravidität gut abgelaufen ist, die Schwangerschaft nicht zu unterbrechen, und halte die Kranke lediglich unter genauer Beobachtung (besonders überzeuge ich mich, ob die Kranke nicht zu fiebern anfängt), vor allem aber empfehle ich, sie in gute hygienisch-diätetische Verhältnisse zu bringen, indem ich die Kranke aufs Land schicke, sogar auf die Dauer der Niederkunft (reiche Kranke kann man hierbei nach dem Süden schicken). Bei armen Kranken ist unsere Aufgabe viel schwieriger, manchmal gar nicht ausführbar, und bei ihnen ist es vielleicht richtiger, einen Abortus vorzunehmen, da gewöhnlich die in solchen schlechten Verhältnissen durchgemachte Schwangerschaft und Niederkunft die tuberkulöse Krankheit nur weiter entwickelt und beschleunigt. Diese vom allgemein-sozialen Standpunkt aus so wichtige Frage kann lediglich durch Besserung der schlechten Verhältnisse unserer armen Bevölkerung geschehen, wie das schon teilweise im Westen durchgeführt worden ist durch eine entsprechende philantropisch-soziale Fürsorge, die man armen schwangeren Frauen angedeihen lässt. Doch diese Frage passt nicht mehr in den Rahmen unseres Artikels. — Bei tuberkulösen Kranken, sogar in beginnenden Perioden, die ständig, wenn auch nicht hoch, fiebern, deren allgemeiner Zustand nicht befriedigend ist, die ferner die Gravidität schlecht ertragen, und vor allem bei solchen, die hereditäre Neigung zur Tuberkulose besitzen, möchte ich eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft für sehr angebracht halten; dasselbe Verfahren möchte ich bei der sogenannten fibrösen Form der Lungentuberkulose anraten; denn die mit dieser Krankheit behafteten Frauen ertragen gewöhnlich die Schwangerschaft sehr schlecht, und in ihrem Verlaufe tritt häufig ständige Atemnot und Erscheinungen progressiver Herzschwäche auf. Zum Schlusse möchte ich hier noch auf einen Umstand aufmerksam machen. Zugleich mit der Verallgemeinerung der Ansichten Maraglianos unter den Ärzten verlangen schon häufig die Kranken selbst von dem Geburtshelfer die Aus-

führung des Abortus und von dem Internisten die Bestätigung desselben, indem sie dies durch den Umstand zu begründen suchen, dass sie häufig husten, Blut spucken und, da sie Neigung zur Tuberkulose besitzen, befürchten, dass die Schwangerschaft eine Entwickelung des tuberkulösen Prozesses hervorrufen könnte. Oftmals haben wir es hier, wie ich mich häufig überzeugen konnte, lediglich nur mit einer geschickten Ausbeutung des Arztes zu tun, das heisst der Ausführung einer sozusagen legitimen Niederkunft auf Grund einer vorgespiegelten Anamnese. Denn ich habe mich überzeugt, dass diese Art von Frauen ganz gesund war, und die Untersuchung erwies keine Veränderungen in den Lungen. Doch können wir diese wichtige Frage nicht immer sofort entscheiden, da diese Frauen oft ein sehr schlechtes Aussehen haben und durch die Schwangerschaft, Erbrechen usw. abgemagert sind, und dadurch können sie den Arzt sehr leicht hinters Licht führen und, seinen guten Glauben missbrauchend, ihn sogar bei seinen Kollegen in einen schlechten Ruf bringen. So muss in solchen Fällen nicht nur der Geburtshelfer, sondern vor allem der Internist, an den sich jener mit der Bitte um seine Ansicht gewandt hat, sehr vorsichtig eine Entscheidung treffen und die Erkennung der beginnenden Tuberkulose nicht lediglich auf die Klagen der Kranken stützen (besonders bei ihm persönlich unbekannten Individuen), sondern auf eine gründliche, objektive Untersuchung der Kranken, und zwar soll er dabei besonders eine genaue thermometrische Untersuchung berücksichtigen (die der Arzt selbst oder eine glaubwürdige Person ausführen muss), am besten die Calmettesche Methode neben der genauen physikalischen Untersuchung des Brustkorbes. Hierbei muss der Arzt sich zur Regel nehmen, bei der Untersuchung sich nicht zu beeilen (denn die Kranken dringen darauf), da lediglich eine genaue Beobachtung die Sache aufklären kann und so den Arzt einerseits vor einer geschickten Ausbeutung schützt, andererseits bei tatsächlichen Fällen beginnender Tuberkulose dem fragenden Geburtshelfer eine wahrheitsgetreue Antwort erteilt in einer für die Zukunft der Kranken überaus wichtigen Frage.

Warschau, Dezember 1909.

Nasenleiden als Folge von Hyperazidität des Blutes.

Von

Doz. Dr. Posthumus Meyjes, Amsterdam.

Die Erfahrung, dass die meisten meiner Patienten, welche an Rhinitis vasomotoria litten, zu den besseren Kreisen der Gesellschaft gehörten, brachte mich auf den Gedanken, dass möglicherweise eine zu reichliche oder zu einseitige Nahrung die Ursache dieses Leidens sein könnte. Die Krankheit wäre dann ein Lokalsymptom eines Allgemeinleidens, in casu einer Stoffwechselstörung, wobei das Blut Stoffe absondert, welche die an Nerven, Blutgefässen und Drüsen so reiche Nasenschleimhaut in hohem Grade reizten. Zu diesen Stoffen gehören in erster Linie die im Blute anwesenden Säuren und ich will schon hier gleich vorausschicken, dass alle Patienten, welche an Rhinitis vasomotoria litten, stark sauren Urin hatten. Nun lag es meines Erachtens nahe, zu ermitteln, ob der hohe Säuregrad mit Gicht etwa zusammenhing und ob auch anamnestisch eine solche Diathese festgestellt werden konnte. Vor kurzer Zeit [1]) hatte ich darauf aufmerksam gemacht, wie es gerade die Gicht ist, welche typische Symptome in der Schleimhaut verursacht, speziell des Halses. Zwar sind analoge Symptome bekannt bei Rheumatismus, u. a. als Angina rheumatica, unter welcher man eine bei rheumatischen Personen vorkommende plötzlich auftretende Halsaffektion versteht, welche sich kennzeichnet durch das akute Auftreten des Anfalls, durch die Heftigkeit der Schmerzen sowie durch die lokalen Entzündungssymptome, welche jedoch nur von sehr flüchtiger Natur sind, und oft nur Vorläufer anderer rheumatischer Affektionen, wie z. B. von Torticollis, Lumbago

---

[1]) Jicht in Verband met Keel-, Neus- en Oorlijden, 12e Congres der Vereeniging het Nederlandsche Natuur- en Geneeskundig Congres, Utrecht 1909.

oder subakuter Gelenkentzündungen[1]. Scharf umgrenzt ihr gegenüber steht die Angina arthritica, welche stets mit weniger heftigen Schmerzen und Entzündungssymptomen debutiert, zuweilen nur mit einer schmerzhaften Hyperämie.

In der Literatur findet man nur sporadisch Gicht in Zusammenhang mit Nasen- und Halsbeschwerden vermeldet; so bei Graefe[2]) 1828, dass Nasensteine gewöhnlich gichtischen Ursprungs wären; ferner bei Morell Mackenzie, der den Ösophaguskrampf zurückführt auf eine vermutlich gichtische Beschaffenheit des Blutes, wodurch Aufstossen sauren Speisebreies stattfindet; so meldet er, wie ein Patient, der häufig an Anginen litt, von Anfällen freiblieb, nachdem sich einmal Arthritis bei ihm offenbart hatte; wie ein anderer Patient an akuter Pharyngitis litt, und auf einmal alle Symptome verschwanden, und die Gicht in der grossen Zehe des rechten Fusses auftrat, während drei Tage später gleichzeitig mit dem Erlöschen der Symptome am Zehen wieder akute Hyperämie des Pharynx vorhanden war.

Das Leiden tritt nur selten akut auf, dagegen ist eine Neigung zu chronischen Entzündungen des Schlundes bei Personen mit gichtischer Diathese vorhanden (Mackenzie l. c.).

Dieses ist die ziemlich magere Literatur über diesen Gegenstand. Eine deutliche gichtische Diathese habe ich nur bei einigen Patienten gefunden; einige waren rheumatisch, bei andern war Rheumatismus in der Familie heimisch. Ich halte denn auch absolut nicht fest an einem Zusammenhang von Rhinitis vasomotoria mit Gicht, bin jedoch schon zufrieden mit dem Befund, dass ein hoher, bisweilen ein sehr hoher Säuregrad des Urins diesen Kranken eigen ist.

Erinnern wir uns, dass die saure Reaktion des Urins verursacht wird durch die darin anwesende Hippursäure und andern organischen Säuren, sowie durch die Phosphate, und dass es der gesamte Säuregrad ist, der uns klinisch interessiert und nicht die Menge einer besonderen Säure. Weiter sei berichtet, dass im Einvernehmen mit Herrn Dr. H. Zeehuizen, konsultierender Arzt für innere Krankheiten, dessen Beistand in der chemischen Seite dieser Frage von mir in hohem Masse geschätzt wurde, der Säuregrad bestimmt wurde, nach der Methode Naegeli-Schittenhelm-Folin, als die beste und am schnellsten ausführbare, und zwar nach dieser Vorschrift:

Man vermische 10 ccm des Urins mit 90 ccm Aqua dest. und titriere diese Mischung; bei saurer Reaktion des Urins mit $^1/_{10}$ N.-NaOH

1) Morell Mackenzie, l. c., Die Krankheiten des Halses und der Nase. Felix Semon.

2) Annales d'oculistique, p. 203, l. c. Mackenzie.

bei alkalischer Reaktion mit $^1/_{10}$ N.-HCl- mit 3—4 Tropfen einer 1 %igen alkoholischen Phenolphthaleinlösung als Indikator [1]).

Man berichte, wieviel ccm $^1/_{10}$N.-Alkali oder Säure nötig sind für die Neutralisierung von 100 ccm Urin.

Um auszumachen, was man unter einem abnormalen Säuregrad versteht, muss erst festgestellt werden, was der mittlere normale Säuregrad ist. Da ich in der Literatur nicht genügende Angaben hierüber fand, erklärte sich Herr Dr. Zeehuizen wiederum bereit, dies für mich zu untersuchen bei solchen Hospital-Soldaten, welche nicht an irgend einer inneren Krankheit litten.

Ich wünschte festzustellen:

1. den Säuregrad des am Morgen gelassenen Urins (O).
2. den Säuregrad des am Abend gelassenen Urins (A).
3. den Säuregrad vom in 24 Stunden gesammelten Urin (24 St).

Ich war dabei überzeugt, dass der Säuregrad von Urin, der während 24 Stunden aufbewahrt wurde, durch Zersetzung leicht zu niedrig ausfallen würde, obschon man sagt, dass dieser Nachteil durch Zusatz von Thymol zu umgehen sei.

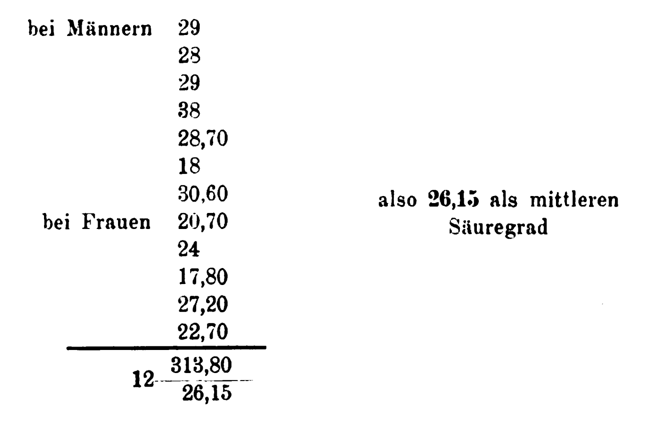
Herr Dr. Zeehuizen fand bei neun gesunden Milizsoldaten (ausgedrückt in ccm):

	O	A	24 St.
	44	6,5	25
	43	4	17
	32	5,5	10
	12,5	20	18,5
	19	20	21
	29	4,5	21
	23	16	8
	30	3	10
	42	9	9
9	274,5	88,5	139,5
	30,5	9,85	15,5

also **30,5** als mittlerer Säuregrad am Morgen.

Während ich selber bei 12 Personen mit andern gleichgiltigen Beschwerden für den Morgen-Urin Säuregrad fand:

1) Wenn durch Beifügung von Alkali die Urinmischung sich trübt, dann werde der Urin mit einer gleichen Menge einer 10 %igen Lösung von Kalium-Oxalat, welche gegenüber Phenolphthaleïn neutral reagiert, gemischt. Nach zwei Stunden wird die Mischung filtriert, wonach 20 ccm des Filtrates, mit 80 ccm Aqua destillata gemischt, auf die oben angegebene Weise titriert werden (Folin).



bei Männern	29	
	28	
	29	
	38	
	28,70	
	18	
	30,60	also **26,15** als mittleren Säuregrad
bei Frauen	20,70	
	24	
	17,80	
	27,20	
	22,70	
	12 | 313,80	
	26,15	

Einen mittleren Säuregrad also von gut 28 ccm.

Wir sehen hieraus, dass der Säuregrad am höchsten ist im Nacht- und Morgen-Urin, aus dem also, in Hinblick auf die in Holland am Abend gebräuchliche Hauptmahlzeit, das meiste zu erfahren ist über den Stoffwechsel; der Abend-Urin, kurz nach dieser Hauptmahlzeit gelassen, sagt uns darüber wenig, während das Quantum von 24 Stunden ebenso seine charakteristischen Eigenschaften eingebüsst hat. Beim Suchen nach einem mittleren, normalen Säuregrad muss man eventuell aussergewöhnliche Fälle nicht mitzählen, da ja die Art der Ernährung den Säuregrad zeitweise sehr erhöhen, sowie auch das Quantum der aufgenommenen Flüssigkeit, denselben ansehnlich herabsetzen kann.

So fand Herr Dr. Zeehuizen bei einem kräftig gebauten Militär einen Säuregrad von 10 ccm. Dieser trank aber tagsüber mehrere Liter Wasser. Einen solchen hydrophilen Militär kann man wohl kaum zu den normalen rechnen.

Vergleichen wir nun den Säuregrad, den wir bei unseren Patienten mit Rhinitis vasomotoria fanden, die bis auf eine 68jährige Dame alle im mittleren Lebensalter standen, so fand ich als Säuregrad des Morgen-Urins bei 10 Männern und 11 Frauen:

bei Männern	73,50	
	45	Rheumatisch
	42,50	R.
	55	
	47	
	41	
	36	
	43	
	43,29	
	91	

bei Frauen	70.50	R.
	43	
	47	R.
	62	
	46,90	
	36	
	37	R.
	29	
	39	
	54	
	31,70	
21	1013,39	
	48,25	

Also einen mittleren Säuregrad von gut 48 ccm. Diese Zahlen sprechen für sich.

Um nun mit Bestimmtheit annehmen zu dürfen, dass die Hyperazidität bei meinen Kranken die Causa morbi war, enthielt ich mich vorläufig absolut einer lokalen Behandlung (das gebräuchliche Brennen, Anwendung von Kokain-adrenalin Spray, e tutti quanti) und beschränkte mich auf die Regulierung der Diät; „gut durchbratenes Fleisch in mässiger Quantität, Fisch, Gemüse, Obst und $^1/_2$—$^3/_4$ l. Vichy Célestins; verboten werden: Alkohol, Essig, Kräuter, Spargel, Tomaten, Erbsen, Bohnen, Leber, Nieren, Wild; eine Diät also, welche absolut nicht reizt; täglich viel Bewegung". Drei Patienten, welche an aussergewöhnlich starkem Niesreiz litten. bekamen sofort kleine Dosen Atropini sulfurici und Strychnini sulfurici. Bei allen Patienten konstatierte ich nach 3—4 Wochen Besserung der lokalen Symptome, bei einigen sehr auffallende Besserung. Darauf versuchte ich durch lokale Behandlung die Nasenschleimhaut abzuhärten.

Viel Abnormes fand ich in der Regel nicht; in den meisten Fällen eine glasige Hypertrophie am vordersten Teil der zweiten Concha, welche ein vergrössertes, sehr reizbares Tuberculum septi berührte. Beide wurden behandelt, das Tuberculum stets galvanokaustisch. Der Urin wurde um diese Zeit nochmals untersucht, wobei sich herausstellte, dass der Säuregrad 30—50 % heruntergegangen war. Einige Patienten behielten trotz des niederen Säuregrades ein Benommensein des Kopfes; der Niesreiz blieb jedoch fast ganz fort, ausser bei der obengenannten 68jährigen Dame, welche anfangs starke Besserung zeigte, jedoch für Zug und starken Temperaturwechsel überempfindlich blieb.

Das Eigentümliche war, erstens, dass viele Patienten, früher bereits mit sehr vorübergehendem Erfolg lokal behandelt, jetzt von ihren Beschwerden befreit blieben; zweitens, dass die Anwendung von Kokainadrenalin bei Patienten mit höherem Säuregrad anstatt Depletion eine

starke Überfüllung der Schleimhautgefässe zur Folge hatte, wobei Massen hellen Schleims abgesondert, und nur eine mässige Anästhesie erreicht wurde. Der Reflexreiz blieb bestehen, sehr lästig bei Patienten, welche z. B. wegen Stimmbandpolypen behandelt werden mussten, und bei welchen es notwendig war, zuerst den hohen Säuregrad herunterzubringen, ehe an lokale Behandlung gedacht werden konnte. Weiter ist mir bei Patienten mit hohem Säuregehalt des Urins. die Reizbarkeit des Nervensystems aufgefallen. Es ist meines Erachtens ein Hinweis, „lästige Leute" einmal auf ihren Säuregrad zu prüfen.

Ohne im geringsten diese Untersuchung, welche ich auf Asthmatiker ausdehnte, die einen überraschend hohen Säuregrad zeigten (worüber bald Näheres), als beendigt anzusehen, glaube ich doch schon auf Grund des Wahrgenommenen als feststehend annehmen zu dürfen, dass Kranke mit einer erhöhten Reizbarkeit der Nasenschleimhaut, einen Säuregrad haben, der in der Regel die Norm weit übersteigt. Hierin sehe ich eine Anleitung für eine mehr rationelle Behandlung.

II. Referate.

1. Allgemeines, Geschichte usw.

451. **Bergh, E., Malmö, Technische Mitteilungen.** *Monatssch. f. Ohrenheilk. 12. 1909.*

1. Fremdkörperhäkchen für die Nase.
2. Lackierte galvanokaustische Brenner und Schlingenröhren.

Sippel, Würzburg.

452. **Butlin, London, Über Radium bei der Behandlung von Krebs und einiger verwandter Zustände.** *Lancet. Nov. 13. 1909.*

In Beantwortung ziemlich häufiger Anfragen, den Wert der Behandlung mit Radium bei Krebs, besonders bei solchem des Mundes und der Zunge betreffend, berichtet der Verf. kurz über solche Fälle, die er persönlich beobachtet hat und bei denen die Behandlung versucht wurde. Er kommt zum Schluss, dass die Methode bei Ulcus rodens von kleinen oder mässigen Dimensionen vorzüglich angewandt werden kann, da die Behandlung schmerzlos oder doch fast schmerzlos ist und bessere Resultate erzielt werden können, als durch chirurgische Eingriffe. Es ist möglich Heilung krebsiger Geschwüre von sehr kleinem Umfange zu erzielen und die um die Geschwüre liegende Induration zu entfernen. Bei andern als den sehr kleinen Geschwüren sind wir noch nicht berechtigt den Patienten zu einer Behandlung mit Radium, statt einer Operation, zu raten: Die Radiumbehandlung hat keinen Einfluss auf die sekundären Ablagerungen in den Lymphdrüsen. Leukoplakia heilt durch Neubildung dünnen narbigen Gewebes und nicht durch Wiederherstellung der normalen Schleimhaut.

Guthrie, Liverpool.

453. **Caldera, C., Turin, Importanza della prova del Wassermann per la diagnosi delle lesioni sifilitiche del naso, della gola e dell' orecchio. (Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose der syphilitischen Affektionen von Nase, Hals und Ohr.)** *Archivio it. di otologia etc. 1909. Nr. 5.*

Trotz der Entdeckung des Syphiliserregers war die Laryngologie gerade bei den differentialdiagnostisch schwierigsten tertiären Formen

immer noch neben der klinischen Erfahrung auf das experimentum ex juvantibus angewiesen, da der Nachweis der Spirochaete pallida gerade bei den Tertiärformen versagte. Diese Lücke scheint die Wassermannsche Probe erfreulicherweise auszufüllen berufen zu sein. Caldera fand bei einer Anzahl sicherer wahrscheinlicher syphilitischer Prozesse in Rachen und Kehlkopf die Reaktion in der Mehrzahl der Fälle positiv; niemals war sie positiv bei sicher nicht syphilitischen Veränderungen. In etwas eingeschränkt wird der Wert der Wassermannschen Reaktion dadurch, dass vorausgegangene spezifische Behandlungen häufig die Probe negativ ausfallen lässt, aber doch anscheinend nicht in so hohem Prozentsatz wie andere Autoren angeben. Jedenfalls verdient die Wassermannsche Reaktion weitgehende Anwendung in der Otorhinolaryngologie.

Brühl, Gardone-Riviera, Binz a. R.

454. **Courtade, A., Paris, Salizylsaures Natron zur Behandlung der Coryza und der akuten Tonsillitis.** *Médecine Moderne. 4. Dez. 1909. Ste de Médecine de Paris. 12. Nov. 1909.*

Das Salizylsaure Natron, innerlich genommen, hemmt die Entwickelung der Coryza, wenn es in den ersten 24 bis 36 Stunden nach dem Anfang gegeben wird; nach dieser Periode macht es die Schmerzen geringer und kürzt die Dauer ab ohne die Krankheit auf einen Schlag zu beheben.

Dasselbe gilt für die akuten entzündlichen Affektionen des Halses.

Menier.

455. **Dobrowolski, Alypin, ein lokales Anästhetikum.** *Medycyna i kronika lekarska. 1909. Nr. 34.*

Verf. gebraucht bei Ohren-, Nasen- und Rachenoperationen als lokales Anästhetikum 5 bis 20% Alypinlösung. Dieselbe ist bedeutend billiger als Kokain, ist weniger giftig, ruft keine Kontraktion der Blutgefässe hervor, und der Geschmack ist nicht so unangenehm wie der des Kokains. Die Anästhesie tritt jedoch nur recht langsam ein.

Wieser, Lemberg.

456. **Gerber, Königsberg, Über das Sklerom.** *Med. Klinik. Nr. 7. 1910.*

Gerber entwirft in einem ausführlichen mit 10 Abbildungen versehenen Vortrag ein übersichtliches Bild über Diagnose, Verlauf und Behandlung des Skleroms bezw. Rhinoskleroms. Die Therapie bezweckt nur Linderung des Leidens, heilen können wir es bis jetzt noch nicht.

Würth, Würzburg.

457. **Goldzieher, M. u. E. Neuber, Budapest, Untersuchungen über Rhinosklerom.** *Orvosi Hetilap. Nr. 27—28. 1909.*

Die mikroskopische Untersuchungen über die charakteristischen Zellen des skleromatösen Gewebes haben Verf. von der Richtigkeit der Schriddeschen Mitteilungen überzeugt, im besonderen die Mikuliczsche Zellen betreffend haben sie in grosser Zahl Übergangszellen gefunden, welche die Herkunft dieser Zellen von den Plasmazellen beweisen. Die elastischen Fasern sind in den kallösen Stellen vermehrt. Impfversuche mit Sklerom bazillen an verschiedenen Tieren blieben erfolglos. Die serologischen Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Zur Differenzierung des Bact. Friedländer und Scleromatis eignet sich sehr und ist leicht ausführbar die Komplement-Fixation.

2. Bacillus Rhinoscleromatis Frisch ist biologisch verschieden vom Bacillus Pneumoniae Friedländer.

3. In dem Blutserum von Skleromkranken sind Antistoffe gegen den Sklerombazillus in nachweisbarer Quantität vorhanden und mit ihnen lässt sich als spezifische Reaktion des Sklerombazillus, Komplementfixation erzielen.

4. Diese Antikörper geben mit dem Bazillus-Friedländer keine Komplementfixation.

5. Im Sinne der Punkte 3 und 4 ist die ätiologische Rolle des Sklerombazillus bei der Entstehung des Skleroms bewiesen und die Annahme, dass der Sklerombazillus nur ein unschuldiger saprophysischer Bewohner der Nasenschleimhaut ist, wird hinfällig. Polyák.

458. **Gotthilf, M., Kassel, Über die Verwendung von Pergenol-Mundpastillen, speziell in der Kinderpraxis.** *Med. Klinik. 8. 1910.*

Das Wasserstoffsuperoxyd und Borsäure enthaltende Pergenol bildet in Pastillenform ein angenehmes Munddesinfiziens. Bei Kindern ersetzt es die Gurgelwässer. Sippel, Würzburg.

459. **Hirschberg, Berlin-Friedenau, Cethal-Inhalationsapparat zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane.** *Med. Klinik. 51. 1909.*

Bei dem Inhalationsapparat kann warme, mit dem Arzneistoff beladene Luft bis in die tiefsten Partien der Nase, des Rachens und der Lunge eindringen. Würth, Würzburg.

460. **Lautmann, Diagnostic et traitement de la syphilis des voies aériennes supérieures. (Diagnose und Behandlung der Syphilis der oberen Luftwege.)** *Journ. de médecine de Paris. 12. Febr. 1910. S. 113.*

Sehr interessanter Artikel, der die wichtigen Fragen der Diagnose und Behandlung für den praktischen Arzt auseinandersetzt. Zu bemerken ist, dass Verf. den Gebrauch der erhitzten Luft für die Therapie des Primäraffektes empfiehlt. Wie bekannt, hat Holländer diese Behandlungsmethode in die Therapie des Lupus eingeführt. Lautmann hat einen raschen Erfolg mit ihr in einem Falle von primärem Affekt der Unterlippe erlangt. Er macht auf die grosse Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion auf rhinolaryngologischen Gebiete aufmerksam und drückt den Wunsch aus, dass diese auch vom praktischen Arzte gebraucht sei. Es bleibt leider ein pium desiderium! Menier.

461. **Derselbe, Über die Behandlung der Syphilis der oberen Luftwege. (Traitement de la syphilis des voies respiratoires superieures.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. Tome XXXV. Nr. 11.*

Sobald man die Initialsklerose leicht ausschneiden kann, wie z. B. auf den Mandeln, kann man dies tun. Sonst muss man sich vor scharf ätzenden Mitteln eher hüten, da die reaktiven Reizerscheinungen beim

Lippenschanker z. B. äusserst unangenehm sein können. Ein Versuch mit Heissluftbehandlung ist in einem Falle des Autors vom besten Erfolge begleitet gewesen und kann empfohlen werden. Die sekundäre Syphilis manifestiert sich mit Vorliebe in den oberen Luftwegen. Wenn diese Manifestationen nicht leicht auf Behandlung schwinden und fortwährend rezidivieren, ist ausser auf die bekannten Schädlichkeiten (Tabak, Alkohol, schlechte Zähne etc.) auch auf die Atmung zu achten. Bei Mundatmern rezidivieren die Syphilide leicht im Rachen und indizieren dann eine eventuelle Behandlung der Nasenverstopfung. Im Tertiarstadium ist bei Ergriffensein des Kopfskelettes in erster Linie eine Jodkaliumbehandlung einzuleiten und erst später das Quecksilber mitzugebrauchen. Nur beim Ergriffensein des Kehlkopfes ist ein eventuelles Jodödem der Glottis zu befürchten und bei möglicher Stenose das Quecksilber allein anzuwenden. Unter allen Darreichungsmöglichkeiten des Quecksilbers ist die subkutane Einverleibung des grauen Öles die beste, weil bequemste und die am wenigsten zeitraubende Behandlung. Die üblen Zufälle sind bei genauer Dosierung vermeidbar. Autoreferat.

462. **Rydygier, A., Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Hals- und Nasenskleroms mit Hilfe von Röntgenstrahlen.** *Gazeta lekarska. 1909. Nr. 3.*

Rydygier behandelte 17 Fälle von Sklerom der oberen Luftwege mit Röntgenstrahlen und erhielt sehr ermunternde Resultate. Auf Grund dessen kommt der Verf. zur Überzeugung, dass dieses Mittel vollständige Heilung herbeiführen kann und unter allen anderen als das beste anzusehen ist. Wieser, Lemberg.

463. **Segura, E., Querpos extraños de la laringe, traquea y bronginos. (Fremdkörper des Kehlkopfs, der Trachea und der Bronchien.)** *Revista de la Sociedad médica Argentina. Nr. 98. 1909*

Verf. beschreibt die klinischen Erscheinungen und erörtert den Nutzen der Bronchoskopie bezw. der Tracheotomie, je nach der Furcht vor einer Mobilisierung des Fremdkörpers (Glottiskrampf!) und nach der technischen Fertigkeit des behandelnden Arztes. Er gibt die Abbildungen der von ihm extrahierten Fremdkörper (Metallknöpfe, Schuhknöpfe, metallene Würfel, Spangen, Körner und Samen, Kerne, Zahnstocher, Knochenstücke usw. Menier.

464. **Stein, Albert, Wiesbaden, Zur Technik der Paraffin-Injektionen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 9.*

Stein erinnert daran, dass, während man in den ersten Jahren des vergangenen Dezenniums lebhaften Kontroversen über die bei den Paraffin-Injektionen anzuwendende Technik begegnete, sich dieser Streit seit der Zeit gelegt hat, da man fast allgemein dazu übergegangen ist, die von ihm empfohlene Methode der Injektionen von Paraffin in festem erkaltetem Zustande anzuwenden (vergl. die Monographie des Verfs. Paraffininjektionen, Theorie und Praxis, Stuttgart 1904).

Es war zunächst schwierig eine geeignete Spritze zu beschaffen, welche den eben angeführten Postulaten genügen konnte. Stein hat eine solche Spritze im Jahre 1904 (Zentralblatt für Chirurgie Nr. 11) angegeben. Er hat diese Spritze nunmehr verbessert, nachdem er durch einige Hundert

in der Zwischenzeit ausgeführte Injektionen noch grössere Erfahrungen gesammelt hat. Die neue Spritze wird weiterhin genau beschrieben. Sie ist vollkommen aus Metall angefertigt. Die Kolbenstange E lässt sich nicht herausziehen, sondern sie lässt sich nur auf und niederschrauben, da sie in ihrer ganzen Länge ein Gewinde trägt. Dieses Gewinde läuft in dem oberen Ende des Spritzenzylinders bei A (Fig. 1 und 2). Ausserdem aber ist auch der Kolben C (Fig. 2) der Spritze selbst mit einem gleichartigen Gewinde versehen wie die Kolbenstange und schraubt sich in dem im Innern mit Gewinde versehenen Zylinder herab. Die Schraubung,

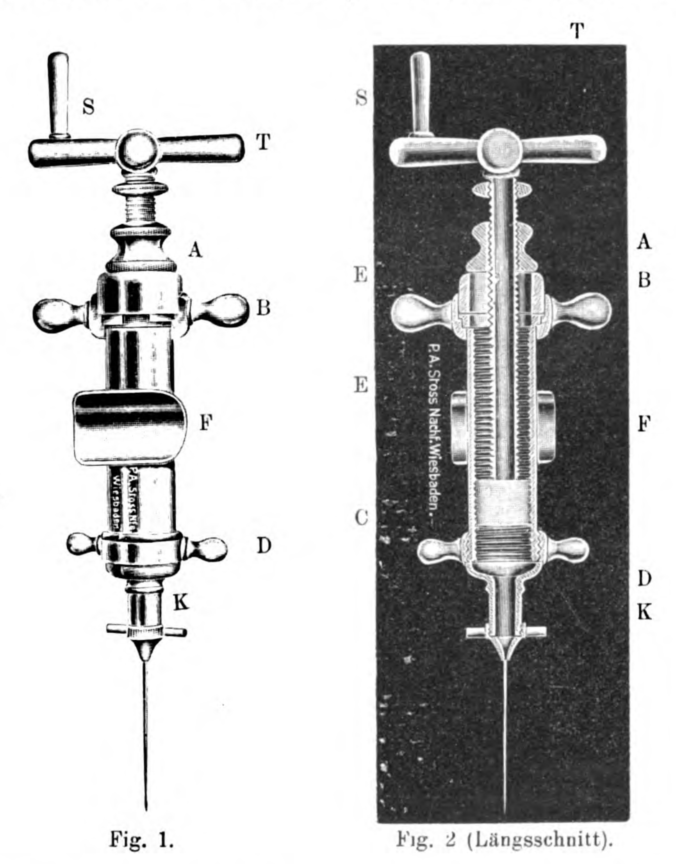


Fig. 1. Fig. 2 (Längsschnitt).

welche an der früheren Spritze, die nur ein Gewinde an der Kolbenstange trug, einfach war, ist also bei der neuen Spritze verdoppelt worden. Der untere Teil der Spritze (D) lässt sich vollkommen entfernen. Er ist ebenfalls durch Schraubgewinde befestigt und hat besondere Handhaben, welche erlauben, ihn sehr fest aufzupressen. Er muss entfernt werden, um die Spritze, nachdem der Kolben hochgeschraubt worden ist, mit Paraffin unter Zuhilfenahme eines kleinen beigegebenen Metalltrichters zu füllen. Die Kanülen werden bei K ebenfalls aufgeschraubt. Auch sie haben kleine querstehende Handhaben, welche ein sehr festes Aufschrauben

garantieren. Eine auf die Spritze aufgelötete kleine Mulde (F) dient dazu, während der Injektion dem Daumen der die Spritze haltenden Hand einen Widerhalt zu bieten. Der obere Teil des Zylinders (B), welcher ebenfalls kleine Handgriffe trägt, kann auch vollständig abgenommen werden. Auf diese Weise ist die Spritze gänzlich auseinandernehmbar und nach dem Gebrauch leicht zu reinigen und zu sterilisieren.

Der Hauptvorteil der neuen Spritze besteht darin, dass man mit ihr unter einem viel grösseren Druck arbeiten kann als mit der früheren Spritze. Man kann daher härteres Paraffin verwenden wie früher, es aber trotzdem in festem Zustande injizieren. Ausserdem ist die neue Spritze völlig auseinandernehmbar und ihre Führung und Handhabung sehr leicht und einfach.

Es ist die Sache der Übung, ob der Operateur es vorzieht, die Spritze selbst vollkommen zu handhaben, oder aber mit der linken Hand, an der Stelle, an der das Paraffin eingebracht werden soll, eine Hautfalte zu erheben und mit der rechten Hand die Spritze und mit ihr die Nadel zu dirigieren. In letzterem Falle wird das Herabschrauben des Kolbens von einem Assistenten besorgt. Stein zieht die letztgenannte Methode selbst vor und weist darauf hin, dass der von anderer Seite erhobene Vorwurf, die Operation werde hierdurch zu kompliziert, nicht haltbar sei; denn die Paraffin-Injektion ist von vornherein keine Operation, die man in der Sprechstunde vornehmen soll. Sie verlangt, wie jeder andere Eingriff, eine sorgfältige und eingehende Vorbereitung.

Die neue Spritze ist ebenso wie auch gebrauchsfertiges Paraffin von der Firma P. A. Stoss Nachf. Medizinisches Warenhaus in Wiesbaden in zwei Grössen zu 2 und 5 ccm zu beziehen. Selbstbericht.

465. **de Stella, Gent, Sero-anaphylaxie.** *Archives internat. de laryngologie. Jan.-Febr. 1910.*

Die Erscheinungen, welche nach Einspritzung von Diphtherieantitoxin auftreten und die eine anaphylaktische Grundlage haben, können entweder leicht (Haut- und Schleimhautausschläge, Steifheit der Extremitäten) oder sehr bedenklich sein (Dyspnoe, kolossales Fallen des Blutdrucks, Kollaps und Tod).

Um solchen Zufällen vorzubeugen empfiehlt Verf. die einmalige Einspritzung einer starken Serumdosis. Gegen die anaphylaktische Erscheinungen und speziell das Absteigen des Blutdrucks gibt man Nebennierenextrakt (1 pro 1000) entweder per os, oder subkutan, oder intravenös (300 ccm der physiologischen Kochsalzlösung, 10 Tropfen einer Adrenalinlösung zu 1 pro Tausend enthaltend). Menier.

466. **Trifiletti, Clinica laringojatrica della R. Università di Napoli. Ambulatorio per la malattie della gola e del naso. Rendiconto dell' anno scholastico 1908/09. (Laryngologische Klinik der Universität Neapel [Prof. Massei]. Poliklinik für Nasen- und Halskrankheiten. Jahresbericht des Unterrichtsjahres 1908/09.)** *Neapel 1909. Pietrocola edit.*

Der Jahresbericht der Masseischen Poliklinik enthält neben allgemeinen statistischen Daten (1265 Fälle, darunter 431 Nase und Nebenhöhlen, 511 Rachen und 323 Kehlkopf, Trachea und Bronchien) sowie

einer besonderen Statistik der beobachteten Tumoren (26) mehrere kleine Abhandlungen über Spezialthemata.

Ajello behandelt die Beziehungen zwischen Schleimpolypen und Nebenhöhleneiterungen. Nach seiner Ansicht sind die recht oft mit Schleimpolypen vergesellschafteten Nebenhöhleneiterungen sehr häufig nicht primär sondern erst sekundäre Folge der Polypen. Bei drei Fällen von Stirnhöhleneiterung, die nach Operation der Polypen konservativ — mit Lysoformspülung und nachfolgender Applikation von Tampons mit 20%iger Milchsäure — behandelt wurden, entstand kein Rezidiv der Polypen trotz langdauernder Sekretion.

Rossi Marcelli erörtert die Rolle der Gaumenmandeln als Eintrittspforte für Tuberkelbazillen. In einer einseitig vergrösserten Gaumenmandeln, der auf derselben Seite ein — palpatorisch anscheinend auch damit zusammenhängendes — Paket tuberkulöser Lymphdrüsen entsprach, liessen sich zwar spärliche, aber deutliche Tuberkelbazillen nachweisen.

Prota berichtet über zwei interessante Fälle traumatischer Larynxlähmung.

Sgobbo beleuchtet die Wichtigkeit der in Masseis Klinik hochgeschätzten Elektrotherapie und Endoskopie. Von besonderem Interesse ist die erfolgreiche Anwendung der Jodkataphorese bei Kropf.

Mit der Ösophagoskopie im speziellen beschäftigt sich schliesslich Vitto-Massei.

Der Bericht zeugt von der intensiven wissenschaftlichen und praktischen Arbeit, die in der Masseischen Klinik geleistet wird.

Brühl, Gardone-Riviera.

467. **Vargas, Martinez, La estrechaz nasal y los tòpicos medicinales. (Die Nasenenge und die örtlichen Medikamente.)** *La Medicina de los Niños. Okt. 1909.*

Verf. will kein Menthol mehr gebrauchen, da dieses Mittel in einem Falle schwere reflektorische Glottis-Krämpfe verursachte. Bei Säuglingen verordnet er nur Resorzin (zu 2%) oder Protergol (1 pro 20) bei Heredosyphilitikern eventuell mit Adrenalin. Menier.

468. **Zambler, Affezioni dei lavoratori della juta. (Krankheiten der Jutearbeiter.** *Il Ramazzini. Heft 8—9. 1909.*

Die Handwerker und speziell die Weiber und Kinder, die den Werg des Corchorus capsularis bearbeiten, sind Affektionen des Rhinopharynx ausgesetzt, welche die Form von Hyperplasien der lymphatischen Schleimhautfollikel annehmen. Obgleich solche Formen keine bedeutenden Folgen nach sich ziehen, rät Verf. zu einer lokalisierten Ventilierung und Lüftung der Arbeitsstätten; solche Massregeln werden nur bei neu zu errichtenden Fabriken möglich sein. Menier.

2. Nase und Nebenhöhlen.

469. **Andereya, Hamburg, Zur traumatischen Ätiologie des Nasenscheidewandabszesses.** *Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 4.*

Bericht über fünf Fälle. Auch in denjenigen Fällen, deren Anamnese nicht auf eine vorangegangene Verletzung hinwies, fanden sich dislozierte Knorpelfragmente. Hirsch, Magdeburg.

470. **Binswanger, H., Ein Fall von angeborener einseitiger Choanalatresie.** *Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 51. S. 2634.*

Unter Anfügung eines Falles eigener Beobachtung fügt der Autor einige Bemerkungen über die Operationsmethode und über die Korrelation zwischen Gaumenhochstand und Nasenverschluss an. Letztere sind indess nicht erschöpfend, vor allem vermisst Ref. bei den Literaturnachweisen den Namen Bloch, dessen Arbeiten auf diesem Gebiet den Siebenmannschen und Körnerschen ebenbürtig sind.

Katz, Kaiserslautern.

471. **Botey, Ist die Paraffinbehandlung das beste Mittel gegen Ozäna? (Les injections de paraffine dans l'ozène sont elles aujourdhui le meilleur traitement de cette affection?)** *Annales des maladies de l'oreille des larynx. Tome XXXV. Nr. 11.*

Wenn man wie Botey innerhalb von 7 Jahren Gelegenheit gehabt hat, fast 1000 Patienten (!), die an Ozäna litten, mittelst Paraffininjektionen zu behandeln, dann hat man allerdings schon ein Recht, seine persönlichen Erfahrungen mitzuteilen. Diese Erfahrung lautet, dass die Paraffinmethode die beste Behandlungsweise der Ozäna ist, indem sie die Hälfte der Patienten radikal und dauernd heilt, in 35% der Fälle eine grosse und in 15% der Fälle eine wenn auch nicht grosse, so doch konstatierbare Besserung herbeiführt. Wenn auch diese statistischen Angaben nicht überall ohne einen gewissen Skeptizismus aufgenommen werden, so ist immerhin Tatsache, dass Botey mit der Methode sehr zufrieden ist. Unverständlich ist nur, wie Botey, der offenbar eine grosse Übung in der Methode hat, behaupten kann, „dass es fast unmöglich ist das Paraffin ins hintere Drittel der unteren Muschel und auf die gegenüberliegende Septumwand abzulagern", da man auch bei einem weit kleineren Material gar leicht die Überzeugung gewinnen kann, dass dies nicht nur nicht unmöglich ist, sondern in vielen Fällen sogar das bequemste und einzig ausführbare ist. Botey hat zu den vielen Spritzen noch eine neue hinzugefügt, die an Einfachheit die Spritze von Gault nicht erreicht. Der Vorschlag Boteys, zuerst eine submuköse Wasserinjektion zu machen und nachher erst das Paraffin einzuspritzen, erscheint uns auch keine Erleichterung der Technik zu sein. Es wird doch angezeigter sein sich an die Vorschriften der Bordeauer Schule zu halten und die Schleimhaut erst „paraffinabel" zu machen, d. h. durch eine monatelange Massage einigermassen zur Sukkulenz zu bringen, bevor man an die Injektionen schreitet.

Lautmann.

472. **Choronshitzky, Operative Behandlung chronischer Kieferhöhleneiterungen.** *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Von den Alveolen eines entfernten I. Molaris aus legt Choronshitzky zwei starke Bohrkanäle an, den einen zur Kieferhöhle, den anderen zum unteren Nasengang. Mit einer Löffelzange entfernt er den dazwischen liegenden Knochenrest und ein möglichst grosses Stück der medialen Kieferhöhlenwand. Nachbehandlung durch wochenlange Tamponade. Die Operation geschieht in Lokalanästhesie. Arth. Meyer, Berlin.

473. **Clerc, Il rinoscleroma e la sua cura. (Das Rhinosklerom und seine Behandlung.)** *Bolletino delle malatt. dell' orecchio etc. 1909. Nr. 9.*

Clerc beobachtete und behandelte einen isolierten Fall von Rhinosklerom, dessen Träger niemals in Rhinoskleromgegenden gewesen, auch niemals mit Rhinoskleromkranken in Berührung gekommen war. Es fanden sich bei der histol.-bakteriologischen Untersuchung exzidierter Stücke Mikuliczsche Zellen und typische Frischsche Bazillen, sowohl intra- als interzellulär. Im Nasensekret gelang der Nachweis der Bazillen nicht. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Clerc eingehender den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse über Ätiologie, Verlauf, Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankung. Entsprechend der Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes muss die Therapie eine eklektische sein. Die verschiedensten therapeutischen Massnahmen können je nach Lage des Falles in Betracht kommen, chirurgische Eingriffe, chemische Kaustika (am wenigsten wirksam) Galvanokaustik, Elektrolyse, Röntgenstrahlen, Radium etc. Clerc selbst hat die Elektrolyse als monopolare mit Stromstärken von 10—15 M.-A. in seinem Fall angewandt und in etwa 40 täglichen Sitzungen ein gutes, bisher mehrere Monate ohne Rezidiv andauerndes Resultat erzielt.

Brühl, Gardone-Riviera—Binz a. R.

474. **Compaired, Pólipo nasal pseudosarcomatoide.** *El séglo médico. Dez. 1909.*

Ein dem Septum aufsitzender Tumor, der Nasenblutungen verursachte, wurde abgetragen. Die Untersuchung zeigte eine Infiltration mit embryonalen Zellen. Diese Infiltration beweist nicht, dass der Tumor bösartiger Natur sei; man trifft sie bei allen solchen Nasengeschwülsten.

Menier.

475. **Darling, Edinburgh, Zytologische Untersuchungen der Absonderung in der Kieferhöhle als Wegweiser für die Behandlung.** *Edinburgh. Med. Journ. Vol. III. Nr. 6.*

Bei der jährlichen Zusammenkunft der Britisch Medical Association im Jahre 1907 berichtete Dr. Nilligan über die Ergebnisse seiner zytologischen Untersuchungen der Ohrabsonderungen. Er fand, dass das Vorhandensein von vielen polymorph-nukleären Leukozyten mit degeneriertem Zylinderepithel und wenigen Lymphozyten einen frischen Fall anzeigten. Andererseits zeigten viele Lymphozyten Granulationen, myelozytene Einschmelzung des Knochens, und Riesenzellen tuberkulöse Erkrankung. Der Verf. dieses Berichtes machte eine ähnliche Untersuchung des Eiters der Kieferhöhle, sowohl vor als nach der Behandlung. Seine Schlussfolgerungen waren folgende:

1. Dank der grossen Ausdehnung der Kieferhöhle hat der entzündliche Prozess in verschiedenen Teilen der sie auskleidenden Membran, verschiedene Stufen erreicht. Die zytologische Untersuchung kann daher nie mehr als eine partielle Hilfe bei Beurteilung ihres Zustandes sein.

2. Das Vorhandensein oder Fehlen einer relativ grossen Zahl von Lymphozyten in der Absonderung hängt nicht von der Dauer der Krankheit ab. Im frühen Stadium der Krankheit wird in der Regel Epithel nicht festgestellt. Das gefundene Epithel ist gewöhnlich von squamöser Beschaffenheit.

3. Fälle, bei denen eine relativ geringe Zahl von Lymphozyten gefunden wird, sind eher durch nichtradikale Behandlung zu heilen, als solche, in welchen Lymphozyten relativ zahlreich sind.

4. Unabhängig von der Dauer der Krankheit werden aber Fälle, welche mit Streptoccocus pyogenes verbunden sind und bei denen sich in der Absonderung ein Übermass von Lymphozyten zeigt, selten durch nichtradikale Eingriffe geheilt. Guthrie, Liverpool.

476. **Fein, Die einfache Fensterresektion.** *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Fein tadelt an der submukösen Resektion die Schwierigkeit und die lange Dauer, sowie häufige mangelhafte Resultate. (Wenn er 30—40 Min. als normale Zeit für einen nur halbwegs verwickelten Fall ansieht, so muss betont werden, dass wir, wie die meisten Autoren, mit weniger als der Hälfte der Zeit auskommen; mangelhafte Resultate beruhen fast stets auf mangelhafter Technik). — Fein schlägt für besonders schwierige Fälle, sowie wenn der Zustand des Kranken Abkürzung der Operation erfordert; oder wenn unter ungünstigen Bedingungen oder bei ungenügender Übung operiert werden muss, ein einfacheres Verfahren vor, nämlich die Durchmeisselung und Umschneidung der ganzen deviierten Septumpartie mit beiden Schleimhautblättern. Er verteidigt diese Methode gegen die vorausgesehenen Einwürfe und betont namentlich, dass die Nachteile eines grossen Loches im Septum weniger erheblich sind als man oft annimmt. (Ein Rückschritt bleibt die Methode aber doch).

Arth. Meyer, Berlin.

477. **Fraser, Edinburg, Die Histologie nasaler Nebenhöhleneiterung.** *Journ. of Laryng. Vol. XXIV. Nr. 9.*

Der Verf. berichtet über Einzelheiten der Resultate seiner eigenen Beobachtungen, und zeigt, dass die Veränderungen, welche in der Schleimhaut der Nebenhöhlen bei akuter und chronischer Entzündung stattfinden, in jeder Beziehung denjenigen analog sind, welche sich bei katarrhalischen und eitrigen Zuständen zeigen, die die Nase selbst und das Mittelohr affizieren. Er betont, dass keine wesentliche Verschiedenheit zwischen Katarrh und Eiterung dieser Höhlen vorhanden ist, da man oft Grenzfälle findet.

Er ist auch der Ansicht Oppikofers, dass der Grad der Verdickung der submukösen Gewebe bei Nebenhöhlenerkrankung kein Massstab für die Stärke des Eiterprozesses ist. Guthrie, Liverpool.

478. **Gerber, Sur les kystes dentaires. (Über Zahnzysten.)** *Archives internat. de laryngologie-rhinologie. Nov.-Dez. 1909.*

Das Vorhandensein einer serösen Flüssigkeit und die Erweiterung der Antrumwände sind die Hauptsymptome der Zahnzysten. Meistens sitzen dieselben in dem Zahnfortsatze des Kiefers oberhalb der Alveolen.

Die rhinoskopischen Symptome sind folgende: der Boden der Nasenhöhle ist in seinem vorderen Teile gehoben und das vordere Ende der unteren Muschel ist nach oben verdrängt. Zuweilen sieht man zwischen genannter Muschel und dem Boden der Nasenhöhle einen mehr minder umfangreichen Tumor, der oft fluktuiert. Verf. beschreibt zwei Fälle, in welchen die Diagnose radioskopisch erhärtet wurde. Menier.

479. **Herzenberg, Rob., Moskau, Zur Kasuistik der Stirnhöhlengeschwülste.** *Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 44.*

Beschreibung einer von der rechten Stirnhöhle ausgehenden Zyste von ungewöhnlichem Umfange bei einem 56jährigen Patienten. Nach ausgedehnter Usurierung der die Höhle begrenzenden und der benachbarten Knochenteile war die Geschwulst bis zur Kopfgrösse des erwachsenen Patienten herangewachsen. Der Orbitalinhalt war verdrängt worden. Die hirnwärts gelegene Wand der Geschwulst wurde durch die mit einem dünnen Häutchen überzogene Dura mater des Stirn- und Schläfenlappens gebildet. Stirn- und Schläfenhirn waren erheblich zusammengedrückt. Der Inhalt der Geschwulst bestand aus etwa 1,8 Kilo einer bräunlichen schleimig-serösen Flüssigkeit. Operation von einem vertikal über die ganze Ausdehnung der Geschwuslt geführten Hautschnitt aus nach präventiver Ligatur der A. carotis ext. Heilung.

Hirsch, Magdeburg.

480. **Hicguet, Brüssel, Troicart emporte-pièce pour trépanation du sinus maxillaire par le méat inferieur. (Stanzentroikart zur Eröffnung der Kieferhöhle durch den unteren Nasengang.)** *Archives internat. de laryngologie. Jan.-Febr. 1910.*

Beschreibung eines neuen Troikarts; der Titel erklärt den Inhalt.

Menier.

481. **Derselbe, Le traitement post opératoire de la sinusite maxillaire. (Nachbehandlung der Kieferhöhlenoperation.)** *La policlinique. Nr. 2. 1908.*

Hicguet operiert nach Caldwell-Lue, lässt 5 Tage einen Tampon liegen, dann ohne jeden weiteren Verband. Fernandes.

482. **Itié, Zur Technik der Rhinometrie. (Procédés cliniques de rhinometrie.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. Tome XXXV. Nr. 11.*

Um klinisch sich ein Bild zu machen über die Durchgängigkeit der Nase für Luft hat man in kurzer Zeit eine Reihe von Instrumenten erfunden, von denen die meisten in Deutschland wenig bekannt sind. Ein Rhinospirometer ist von Mendel angegeben worden, hat sich aber wegen seiner Kompliziertheit nirgends Eingang zu schaffen gewusst. Einfacher sind die bekannten Spiegel von Glaetzel und Sandmann, die in Frankreich verbessert worden sind von Courtade, Foy und Escat. Namentlich der Apparat von Escat, genannt Rhinomanometer, hat sich in den Händen Escats und seines Schülers Itié auf das beste bewährt. Alle diese Apparate scheinen uns für die Klinik kaum irgend eine Bedeutung zu verdienen. Sie setzen Bedingungen voraus, wie sie für das normale Atmen nicht existieren. In der Praxis handelt es sich aber gerade darum zu konstatieren, ob die gewöhnliche Atmung des Patienten auch eine normale ist, und diese kann nur die Inspektion des Kranken nicht aber die eines Atemflecks oder eines Uhrzeigers angeben.

Lautmann.

483. **Lack, Lambert, London, Ein Fall von kongenitaler Fistel in der Mittellinie der Nase.** *Proc. Roy. Soc. Med. Vol. II. Nr. 9.*

Die Fistel befand sich in der Mittellinie der Nase am unteren Rande des Nasenbeins. Durch die Öffnung konnte man die feinste Sonde kaum

einführen, aber die Fistel erweiterte sich unter der Oberfläche trompetenartig und enthielt eine Masse verhornten Epithels. Der Verf. hatte zu gleicher Zeit vier Fälle dieses seltenen Zustandes in Behandlung, obgleich er vordem auch nicht einen gesehen hatte. Guthrie, Liverpool.

484. **Leischner, Wien.** *Wiener klin. Wochenschr. 1910. Nr. 3.*

Demonstration von zwei Fällen von Rhinoplastik aus der Klinik von v. Eiselsberg, bei welcher der Nasenersatz mittelst Wanderlappens aus der Brustgegend vorgenommen wurde nach der von Steinthal angegebenen Methode. Otto Wolf, Würzburg.

485. **Munch, Francis, Regionäre Anästhesie bei der Radikaloperation der Kieferhöhleneiterung.** *Rev. hebd. de lar. 1909. Nr. 47.*

Munch anästhesiert die Kiefergegend vom Stamm des N. maxillaris aus. Er sucht diesen am Austritt aus dem Foramen rotundum auf. Er sticht eine Kanülennadel am unteren Rande des Jochbeinbogens, entsprechend der hinteren Begrenzung des Oberkiefers ein, zunächst horizontal, dann in der Richtung nach oben und innen; die Nadel soll in genau 5 cm Tiefe und in einer horizontalen Ebene, welche dem unteren Ende der Nasenbeine entspricht, auf Knochen stossen. Vorn hindert der Oberkiefer, hinten der Proc. coronarius des Unterkiefers und der Pterygoidfortsatz die Nadel an falschen Wegen. Geht man zu weit nach vorn, so kann man durch die Fiss. orb. inf. in die Orbita gelangen; dies merkt man daran, dass die Nadel erst in 6 cm Tiefe auf Knochen stösst. Man deponiert dann 1—2 ccm einer 1% Kokainlösung und erhält komplette Anästhesie für ca. 1½ Stunden. Arth. Meyer, Berlin.

486. **Parravicini und Levi, Olfaktometrische Untersuchungen am Ende der Schwangerschaft, während des Puerperiums und der Menstruation.** *Bericht der geburtshilfl. und gynäkol. Klinik der königl. Universität zu Torino 1909.*

Während der Schwangerschaft bot der Geruchsinn keine qualitativen Veränderungen dar, während er dagegen quantitative Veränderungen vor der Geburt zeigte; die Verf. schreiben dieselben einer Intoxikation des Nervensystems und einer Veränderung des zerebralen Kreislaufs zu. Am 9. Tag nach der Geburt ist der Geruchsinn wieder normal. Während des Wochenbetts soll er eine geringe Steigerung erfahren.

Bei an dysmenorrhoischen Beschwerden leidenden Frauen ist der quantitative Geruchsinn während der Periode gesteigert, was auf einer Überreizung des Nervensystems beruht. Menier.

487. **Reichert, F., München, Ein Beitrag zur Ätiologie der Stenose der Nase.** *Zahnärztl. Wochenschr. XIII. Jahrg. 1910. Nr. 4.*

Ohne neues eigenes Beobachtungsmaterial beizubringen, führt Reichert die verschiedenen Ursachen der Kieferdeformitäten, die Nasenverengerungen bedingen an, er schliesst daran weitere Ausführungen über die Schädlichkeiten, die aus behinderter Nasenatmung entstehen und sieht darin ein weites Arbeitsfeld für den Zahnarzt.

Es ist zweifellos nützlich, wenn auch von zahnärztlicher Seite auf diese Dinge hingewiesen wird, doch dürfte ein wirklicher Nutzen nur durch Zusammenwirken des Kieferorthopäden mit dem Rhinologen zu erwarten sein. Bl.

488. **Ruggeri, L., Milano, Sopra un caso di atresia congenita ossea della Coana di destra. (Über einen Fall von angeborenem knöchernem Choanalverschluss.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio etc. 1909. Nr. 12.*

Es handelt sich — wahrscheinlich ein Unikum — um ein doppeltes knöchernes Septum, das die rechte Choane absolut verschloss. Es bestand trotzdem weder eine auffallende Asymmetrie des Gesichtskeletts noch irgend welche Störung der Respiration oder des Gehörs. Es war nur leichtes Nasaltimbre der Sprache und Fehlen des Geruchs auf der rechten Seite zu konstatieren. Die Patientin kam in die Poliklinik, weil die starke Schleimansammlung in der rechten Nasenseite sie belästigte. Eine nach Abtragung der unteren Muschel mittelst starkem Skalpell vorgenommene Perforation der beiden Knochenlamellen mit nachfolgender Tamponade beseitigt die Beschwerden der Patientin und stellte die volle Luftdurchgängigkeit sowie auch das Geruchsvermögen der rechten Nasenhöhle wieder her.
Brühl, Gardone-Riviera.

489. **Schmidt, Hugo, Strassburg i. E., Zur Behandlung der Rhinitis acuta.** *Ther. Rundschau. 1910. Nr. 3. S. 38.*

Schmidt empfiehlt $^1/_2$—$^1/_4$% Lösung von essigsaurer Tonerde zu Nasenspülungen bei beginnendem oder bestehendem Schnupfen.
Bl.

490. **Senator, Max, Berlin, Gelenkrheumatismus nach operativem Trauma der Nasenschleimhaut.** *Med. Klinik. 8. 1910.*

Bericht über einen Fall von beiderseitiger Operation an den unteren Nasenmuscheln, bei dem das durch die Operation gesetzte Trauma die Eingangspforte für die Infektionserreger eines sich anschliessenden Gelenkrheumatismus mit Wahrscheinlichkeit bildete. Sippel, Würzburg.

491. **Siegmund, A., Vertretung von Heads Feldern in der Nase, ihre Bedeutung für Biologie und Heilkunst.** *Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 3. Bericht der Berliner med. Gesellsch.*

Der Mensch ist entwickelungsgeschichtlich ein vielsegmentisches Wesen. Die Überempfindlichkeit der den Headschen Segmenten entsprechenden Hautpartien lässt sich nach Vortragendem von der Nase aus aufheben, z. B. durch Kokainisieren. Husten, Asthma, (nicht bronchiales), Herzbeschwerden, paroxymale Arhythmie des Herzens, besonders die Dysmenorrhoe sind von der Nase aus heilbar, vorausgesetzt, dass es sich um segmentliche Erkrankungen handelt, deren Vorhandensein zuvor durch genaue Untersuchung festzustellen ist. Die Erfahrungen des Vortragenden erstrecken sich auf etwa 200 Fälle. — In der Diskussion wendet sich Peiser vom rhinologischen Standpunkt gegen Siegmunds Lehre.
Hirsch, Magdeburg.

492. **Sobernheim, Ozäna und Syphilis.** *Bericht der Gesellsch. der Charité-Ärzte in Berlin. Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 42.*

Infolge des negativen Ausfalls der Wassermannschen Komplementbindungsreaktion bei 20 Ozänafällen sieht Sobernheim das Leiden weder als ein syphilitisches noch als ein metasyphilitisches an.

Hirsch, Magdeburg.

493. **Srebrny, Einige Worte über die submuköse Septumresektion.** *Medycyna i kronika lekarska. 1909. Nr. 51.*

Um bei der submukösen Septumresektion die Schleimhaut auf der konkaven Seite der Scheidewand leichter abzulösen, durchschneidet der Verf. auch auf dieser Seite die Schleimhaut und präpariert dieselbe von hier aus vom Knorpel oder Knochen ab. Die Operation wird auf diese Weise vereinfacht und abgekürzt und beim richtigen Austamponieren der Nasenhöhle bildet sich keine Perforation. Wieser, Lemberg.

494. **Stackler, Untersuchung der nasalen Absonderung, veranlasst durch Hirnerscheinungen bei einem an Sinusitis frontalis erkrankten Erwachsenen. (Examen des secrétions nasales à l'occasion d'accidents cérébraux chez un adulte atteint de sinusite frontale.)** *Journ. de médecine de Paris. 11 Dec. 1909.*

Der Patient wies zerebrale Symptome auf: die Eröffnung der linken Stirnhöhle brachte rasche Erleichterung (man fand eine kleine Zyste): Sieben Monate später Andeutung eines Rezidivs. Verf. untersuchte die nasalen Sekrete und fand lange Dyphtheriebazillen. Heilseruminjektion. — Nach verschiedenen Rezidiven und Injektionen wurde Patient geheilt.

Das Interessante dabei ist, dass Patient eine chronische Coryza seit 13 bis 14 Jahren hatte, und dass während der langen Beobachtungszeit (mehr als 2 Jahre) Dyphteriebazillen im Sekret anwesend waren, und dass sie erst nach wiederholtem Gebrauch des Antitoxins verschwanden, so dass die infektiöse und virulente Eigenschaft des Eiters für die zerebralen Symptome (stuporöser Zustand, Schlaflosigkeit, Kopfweh usw.) verantwortlich gemacht werden muss. Menier.

495. **Syme, Glasgow, Eine Untersuchung von 240 Schädeln mit Bezug auf die Keilbeinhöhle und die Spheno-Ethmoidalzellen.** *Journ. of Laryng. Vol. XXV. Nr. 2.*

Den folgenden Punkten wurde besondere Aufmerksamkeit zugewandt:

1. Die Entfernung der Keilbeinhöhle von der äusseren Spina nasalis des Oberkiefers.

2. Die Beziehungen des Sinus sphenoidalis. Es zeigte sich, dass die Sinus selten von gleicher Grösse sind und in der Regel breitet sich der grössere Sinus hinter und über dem kleineren aus; nur in zwei Fällen dehnte er sich hinter und unter demselben aus. Bei sechs von den Schädeln breitete sich ein Sinus so weit über die Mittellinie, dass er von beiden Nasenhöhlen geöffnet werden konnte.

Von den 480 Keilbeinhöhlen, die untersucht wurden, zeigten 372 eine normale Beziehung zum Tractus opticus. Von den 108 anormalen Fällen war bei 42 die Unregelmässigkeit des gegenseitigen Verhaltens der Sinus selbst schuld, und bei 66 Fällen die Lage der spheno-ethmoi-

dalen Zelle. Der linke sphenoidale Sinus war in 27 Fällen in Beziehung zu beiden Tractus opticus; und dasselbe war beim rechten Sinus in acht Fällen der Fall. In zwei Fällen war die Öffnung in den Sinus durch die Spheno-Ethmoidal-Zelle.

3. Die am weitesten nach hinten gelegene Ethmoidal, oder Spheno-Ethmoidalzelle, das ist die grösste Zelle der hinteren Ethmoidalgruppe ist zuweilen so gross, dass sie vollständig die äussere Wand des Sphenoidal-Sinus bedeckt. Bei zwei Schädeln ging diese Zelle über die Mittellinie des Sphenoidal-Sinus der andern Seite und bei einem derselben kam sie fast in Berührung mit dem Foramen opticum der anderen Seite sowohl als auch mit dem von ihrer Seite. Es wird auch auf die Beziehungen des Sphenoidal-Sinus und Spheno-Ethmoidal-Zelle zu dem Foramen rotundum und dem Canalis vidianus hingewiesen.

Guthrie, Liverpool.

496. **Tanturri, Über eine traumatische Verletzung der Nase; nachfolgende Atmungsstörungen. Keine Entstellung des Gesichts. Gerichtsärztliches Gutachten. (A proposito di una lesione traumatica sul naso e consecutivi disturbi respiratorii. Mancanza di sfregio. Perizia legale.)** *Gazzetta internazionale di medicina. 30. Jan. 1910.*

Eingehende Beschreibung eines Falles, wo eine traumatische Luxation der Cartilago septi (Cartil. sesamoidea) vorlag Patientin hatte Kopfweh, Verstopfung der Nase rechts und dadurch Verminderung der Lungenausdehnung, dazu eine leichte Rötung der Pharynxschleimhaut, die der Sachverständige der obenerwähnten Luxation zuschrieb. Das lange, motivierte Gutachten kann als ein Modell für solche Fälle angesehen werden.

Menier.

497. **Trumpp, Notiz zur Behandlung der Rhinitis acuta.** *Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 47. S. 2422.*

Verf. empfiehlt aufs wärmste bei akutem Schnupfen, besonders auch bei Kindern und Säuglingen, auch prophylaktisch bei Infektionskrankheiten wie Scarlatina, Morbilli, Insufflation von sterilisiertem Bolus alba auf die durch ein Nebennierenpräparat anämisierte Nasenschleimhaut.

Katz, Kaiserslautern.

498. **Vohsen, Ventilation der Nebenhöhlen der Nase und des Ohres.** *Bericht des Ärztl. Vereins in Frankfurt a. M. Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 42.*

Vohsen empfiehlt zur Ventilation der Nebenhöhlen geeignete Kopfhaltungen, so dass die Öffnung am tiefsten liegt. Beim Epyem des Warzenfortsatzes ist das kranke Ohr durch Lagerung auf die gesunde Seite von Blut zu entlasten. Hirsch, Magdeburg.

499. **Zimmern und Gendreau, Paris, Résultats éloignés du traitement de l'ozène par la haute fréquence. (Dauerresultate der Behandlung der Ozäna durch hohe Frequenzströme.)** *Journ. de médecine de Paris. 18 Dec. 1909. S. 537.*

19 Patienten wurden mit dieser Methode behandelt (10 bis 20 Sitzungen). Bei 16 konnte man das Schwinden des Foetors und der

fronto-orbitalen Schmerzen konstatieren; die Borken wurden geringer an Zahl, kleiner, feuchter und können leichter entfernt werden. In einigen Fällen sind sie total verschwunden. Die Besserung war seit der Beendigung der Behandlung eine dauernde bei 14 von den behandelten Patienten.

Menier.

3. Rachen.

500. **Bouteil, Jeanne, Drei Fälle von Synechie des weichen Gaumens und des Rachens nach Adenotomie. (Trois cas d'adhérences du voile du palais au pharynx consécutives à l'ablation de végétations adénoides.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. Nr. 12.*

Heute, wo jedermann Adenoide operiert, ist es interessant auch auf die Nachteile hinzuweisen, die durch die Verallgemeinerung unserer spezialistischen Chirurgie erwächst. Allgemeine Infektion und schwere Blutungen nach Adenotomie waren früher, wo der praktische Arzt die operative Behandlung der Adenoiden dem Spezialisten überliess, immerhin Seltenheiten. Synechien, die in ihren Folgen noch schlimmer sind, wie die Adenoiden-Wucherungen, kann man bei einem grösseren Krankenmaterial nicht so selten mehr antreffen. Frl. Bouteil hat deren zwei während ihrer Studienzeit im Hospital Lariboisière beobachten können und den dritten nach den Angaben von Grossard mitgeteilt. In allen drei Fällen waren plastische Operationen zur Behebung des Schadens notwendig. In einem von uns beobachteten Fall hat der betreffende „Spezialist" nicht die adenoiden Wucherungen, wohl aber $^{2}/_{3}$ des weichen Gaumens entfernt. In unserem Falle wurde die Operation unter Chlorethylnarkose durchgeführt bei einer erwachsenen Frau, so dass nicht einmal die Unruhe des Patienten als Entschuldigung angeführt werden kann

Lautmann, Paris.

501. **Carmichael, Edinburgh, Tuberkulose der Tonsillen, verbunden mit tuberkulösen Drüsen des Halses.** *Proc. Roy. Soc. Med. Vol. III. Nr. 1.*

Während die meisten Autoren darin einig sind, dass sekundäre Tuberkulose der Tonsillen eine sehr gewöhnliche Erscheinung ist, da sie bei Personen, welche an Lungentuberkulose sterben im Verhältnis von 60 zu 80 %, vorkommt, betrachten hingegen die meisten eine primäre Affektion als selten, und nur als im Verhältnis wie 1 zu 2 % der Fälle vorkommend, wobei die Tonsille hypertrophiert ist. Der Verf. jedoch sucht zu beweisen, dass primäre Tuberkulose der Tonsillen viel öfters vorkommt, als gewöhnlich angenommen wird.

Nach Untersuchung von 208 Kindern die an tuberkulöser zervikaler Adenitis litten, fand man, dass die Drüsen, welche am häufigsten erkrankt waren, die am hinteren Teil des Digastricus sitzen, in welche die mittleren Lymphgefässe münden. Nach Poirier entnehmen diese Gefässe ihre Lymphe den Tonsillen und ihrer Umgebung.

Die Tonsillen wurden nach Entfernung in 50 Fällen bei Kindern, die an tuberkulöser zervikaler Adenitis litten und zwar in verschiedenem Grade, mikroskopisch untersucht. Die Tonsillen in 7 von diesen Fällen

(14 %) zeigten unzweifelhaft tuberkulöse Affektion. Da in einigen Fällen die Krankheit auf einen Teil der Tonsille beschränkt war und keine Serienschnitte gemacht wurden, ist es wahrscheinlich, dass kleine Herde in einigen der anderen Fälle übersehen wurden. In keinem Falle liess das makroskopische Aussehen eine tuberkulöse Erkrankung voraussetzen, auch deutete weder Grösse noch Form der Tonsille auf eine Infektion.

Nach dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung ist der Verf. der Ansicht, dass die Infektion eine direkte durch den Mund war, und dieses beides, wie auch die anatomische Anordnung der Lymphgefässe macht es höchstwahrscheinlich, dass die Tonsillaraffektion derjenigen der Lymphdrüsen vorangegangen ist. Guthrie, Liverpool.

502. **Cohen, Leo, Nachblutungen bei Mandelentfernung.** *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Bei der totalen Ausschälung der Mandel kommen öfter als sonst Blutungen vor, sind aber leicht zu stillen. Cohen empfiehlt die Kompression der Wunde mit mehreren Tampons die von unten her nacheinander entfernt werden; zeigen sich blutende Gefässe, so werden sie mit Arterienklemmen gefasst und unterbunden. Einmal hat Cohen auch die Vernähung der Gaumenbögen über einem Tampon ausgeführt.

Arth. Meyer, Berlin.

503. **Curschmann, H., Leipzig, Beziehungen entzündlicher Mandelaffektionen zu Infektionskrankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 6. S. 284.*

Die Ausführungen des bekannten Leipziger Klinikers bilden eine wertvolle Ergänzung der unten referierten Schichholdschen Arbeit (s. S. 605). Wenn auch der Autor die Beobachtungen von Gürich im einzelnen bestätigen kann — wie gleiche Fälle wohl allen Klinikern und Laryngologen seit langem bekannt sind — so warnt er doch vor zu weitgehenden Verallgemeinerungen und sucht die Ausführungen Schichholds auf das richtige Mass zurückzuführen. Therapeutisch richtig erscheint die Bemerkung Curschmanns, dass er in der letzten Zeit bei drei Fällen von tonsillärer hämorrhagischer Nephritis durch ausgiebige, operative Mandelbehandlung auffallend rasch dauernd Heilung erzielt hat. Katz, Kaiserslautern.

504. **Falk, Bad Ems, Therapie der chronischen Pharyngitis.** *Med. Klinik. 7. 1910.*

Falk empfiehlt bei allen Formen der chronischen, atrophischen Pharyngitis Turiopininhalationen, bei sehr hartnäckigen Fällen Tuschierung mit Lugol-Turiopinlösung. Bei hypertrophischen Prozessen leistet Alsol die besten Dienste. Würth, Würzburg.

505. **Fette, Hamburg-Eppendorf, Die Behandlung der Diphtherie mit intravenösen Seruminjektionen.** *Med. Klinik. Nr. 50. 1909.*

145 Fälle wurden innerhalb dreier Monate intravenös gespritzt. Die Gesamtmortalität der 145 Fälle betrug 13,8 %. Der Verf. redet zwar der intravenösen Injektion das Wort, doch glaubt er, dass es noch weiterer Beobachtungen bedarf, um ein abschliessendes Urteil über den Wert dieser Therapie zu erhalten. F. M. Wolf, Würzburg.

506. **Garel, J., Eine Revolution in der hinteren Rhinoskopie durch das Pharyngoskop von Harold Hays. (Une revolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harold Hays.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. Tome XXXV. Nr. 11.*

Die deutschen Leser, die das Instrument von Hays nicht kennen, finden dessen Beschreibung im Original im The Laryngoscope July 1909 p. 58. Garel beschreibt es ebenfalls und gibt zwei Abbildungen von dem Instrument, die auf den ersten Blick das Verständnis desselben eröffnen. Der Apparat beruht auf dem Prinzip des Kystoskopes von Otis und gestattet ein direktes Sehen des eingestellten Teiles. Die Einführung ist nicht schwieriger wie die eines Zungenspatels. Der Apparat gestattet nicht nur die Besichtigung des Rhinopharynx, sondern gestattet auch bei entsprechender Stellung einen Blick auf den Kehlkopf und auf den Hypopharynx. Das Instrument ist namentlich für die allgemeine Praxis von Bedeutung, weil es möglich ist, in wenig Minuten die Technik zu erlernen. Ein Nachteil liegt in der Schwierigkeit der Desinfektion. Selbstverständlich kann man sich des Instrumentes nicht für die lokale Behandlung bedienen, da der Patient den Mund geschlossen lässt bei der Anwendung des Instruments. Es scheint hiermit, dass die revolutionäre Bedeutung des Instruments doch nur darin liegt, dass die Zahl der Rhinolaryngologen noch etwas zunehmen wird, sobald das Instrument allgemeiner bekannt wird.

Lautmann.

507. **Halász, H., Mikolcz, Die Behandlung der akuten Entzündung der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Ärztl. Viertel-jahrs-Rundschau. I. 1910.*

Behandlung obengenannter Affektionen mit Jodglyzerin in stärkerer und schwächerer Lösung. Mit ebenso günstigen Resultaten wendet Verf. dieses Verfahren bei Tonsillarabszessen (nach Spaltung derselben) an.

Sippel, Würzburg.

508. **Koenig, Paris, Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow. (Auftreten des Basedowschen Symptomen-komplexes nach Tonsillektomie.)** *Archives internat. de laryng. Jan.-Febr. 1910.*

Nach Abtragung beider Tonsillen trat bei der 28jährigen Patientin eine Vergrösseruug der Schilddrüse auf; nach und nach wurde die Basedowsche Krankheit typisch und komplet. Eine Ruhekur, die Elektrizität und die Massage brachten eine Besserung; blieb nur die Tachykardie bestehen.

Verf. fragt sich ob der Schock und das Trauma der Sympathikusnervenfasern bei einer prädisponierten Person das Auftreten des Basedowschen Symptomkomplexes nicht erklären können. Menier.

509. **Hopmann, Über Nasenrachenfibrome.** *Wien. klin. Wochenschr. 7. 1910.*

Hopmann behauptet Koschier gegenüber seine Ansicht, dass seine Methode, sich zur Entfernung dieser Tumoren des bukkalen Weges zu bedienen ohne Vornahme eines präliminaren chirurgischen Eingriffes, auf Grund seiner Erfahrung anderen Methoden überlegen ist. Würth, Würzburg.

510. **Koschier, Erwiderung auf Hopmanns ergänzenden Mitteilungen über Nasenrachenfibrome.** *Wien. klin. Wochenschr. 7. 1910.*

Koschier hält trotz der ergänzenden Mitteilungen Hopmanns dessen Operationsmethode, wegen der ungenügenden Zugänglichkeit auf natürlichem Wege an die Basis der Tumoren zu kommen, für unzureichend. Die notwendige, bequeme Übersicht des Operationsfeldes wird nur durch die Voroperation auf transmaxillonasalem Wege erreicht.

Würth, Würzburg.

511. **Koschier, Wien, Demonstration einer Frau mit Karzinom des Nasenrachens, ausgehend vom Rachendache.** *Wien. klin. Wochenschr. 6. 1910.*

Es besteht Verlegung des ganzen Nasenrachenraumes und beider Nasenhöhlen mit vielfach geschwürig zerfallenen Tumormassen, Protrusio des rechten amaurotischen Auges und Auftreibung des Nasenrückens, besonders rechts. Schon 1902 wurde die Diagnose auch histologisch auf Karzinom gestellt, Operation aber von der Patientin stets verweigert, obwohl die Beschwerden von Jahr zu Jahr zunahmen.

Sippel, Würzburg.

512. **Lamann, St. Petersburg, Zur Behandlung der Tonsillitis lacunaris.** *Monatsschr. f. Ohrenh. 12. 1909.*

Die Idee der Behandlung liegt in einer gründlichen Desinfektion der Lakunen. Diese geschieht durch an der Luft verflüssigte Chromsäure mittelst eines sondenartigen, 1 cm von dem einen Ende rechtwinkelig gebogenen Instruments. Zum Nachspülen wird eine leichte Sodalösung verwendet.

Auch prophylaktisch wendet Verf. diese Methode an bei Leuten, die zu Angina phlegmonosa neigen. Sippel, Würzburg.

513. **Liebl, L., Seefeld i. T., Über eine Endemie von Tonsillitis mit Sepsis.** *Med. Klinik. 2. 1910.*

Verf. machte die bemerkenswerte Beobachtung, dass in einem Bezirk seines ausgedehnten Rayons 9 Fälle von Pneumonien mit primärer Angina in einem verhältnismässig kurzen Zwischenraum sich auf vier Häusernummern beschränkten, zu gleicher Zeit in einem anderen vollständig abgesonderten Teile seines Rayons eine Tonsillitis mit den Symptomen der Pyämie im Gefolge auftrat.

Von den 35 Fällen, welche die Endemie umfasste, beschreibt Liebl besonders zwei mit stürmischem Verlauf, von denen der eine zum Exitus letalis führte. Bei beiden war ein Infektionsherd im Nasenrachenraum zu finden, aus dem sich profus grünlich-gelber, übelriechender Eiter entleerte. Sippel, Würzburg.

514. **Mathieson, Leith, Streptokokken-Infektion bei Diphtherie; Beobachtungen von 80 einander folgenden Fällen.** *Lancet. 20. Nov. 1909.*

Bei einigen Fällen von Diphtherie kann man gewisse interessante Entwickelungen beobachten, welche sich am 12. oder 13. Tage der Erkrankung zu zeigen pflegen. Es sind folgende: 1. Hauterscheinungen;

2. Schmerzen in den Gelenken; 3. Albuminurie; 4. allgemeine konstitutionelle Störungen.

Silvestre Martin und später Roux waren der Ansicht, dass dieses eine sekundäre Erkrankung sei, wahrscheinlich durch Streptokokken verursacht, und mit einer Inkubationsperiode von 13 Tagen.

Von den 80 vom Verf. beobachteten Fällen zeigten neun eine deutliche Streptokokken-Infektion der Kehle und von den letzteren entwickelten sich in fünf (55%) ausgesprochene 13tägige Symptome. Von den übrigen 71 Fällen, die keine ausgesprochene Streptokokken-Infektion aufwiesen, fanden sich bei zwei (2,8%) um den 13. Tag Nacherscheinungen.

Die 13tägigen Symptome in den fünf Streptokokkenfällen waren folgende: 1. Erythema und Albuminurie, 2. Heiserkeit, Schmerzen in den Gelenken, Fieber, 3. Otorrhoe, 4. Punktförmiges Erythem, 5. Erythem und Fieber. In den Fällen ohne Streptrokokken wurden 1. Erythema multiforme, 1. Punktförmiges Erythem und Fieber beobachtet.

Guthrie, Liverpool.

515. **Much, Zur Diphtherieepidemie. III.** *Med. Klinik. 3. 1910.*

Verf. führt, ausgehend von der Tatsache, dass eine grosse Anzahl von praktischen Ärzten im Gegensatz zu den Klinikern der Serumtherapie skeptisch und ablehnend gegenüberstehen, drei Punkte, welche bei der Heilwirkung zu berücksichtigen sind: 1. Das Diphtherieserum ist antitoxisch, d. h. nur gegen die Toxine des Diphtheriebazillus gerichtet. 2. Wichtig ist die Menge der zugeführten Antitoxineinheiten. 3. Wichtig ist auch der Zeitpunkt der Einspritzung.

Letzterer Punkt sei der wichtigste, so dass man eine verzögerte Einspritzung von verschiedener Seite direkt als Kunstfehler bezeichnet.

Weiterhin wendet sich Verf. gegen Statistiken, die einfach die Zahlen der Diphtherieerkrankten und Gestorbenen bringen, und wenn sie besonders spezialisierend werden, die Zahlen der mit und ohne Serum behandelten, und erklärt, dass nur jene Statistiken zu berücksichtigen seien, bei denen die Früheinspritzung vorgenommen wurde.

Sippel, Würzburg.

516. **Nadoleczny, Rachenmandeloperationen und Sprachstörungen.** *Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 3. S. 132.*

Die Lektüre dieser kleinen Arbeit, die sich gegen die kritiklosen Rachenmandeloperationen im allgemeinen wendet und vor allem sich dann mit den kausalen Beziehungen zwischen Rachenmandel und Sprachstörungen im besonderen befasst, ist den Fachkollegen sehr zu empfehlen. Es seien aus dieser wichtigen Arbeit die Schlusssätze des Verfs. hier angeführt: „Der einzige Sprachfehler, den man durch Adenotomie beseitigen kann, ist die Rhinolalia clausa. Auch hier bleibt der Erfolg nach der Operation manchmal zunächst aus. Er wird aber sicher erreicht durch eine sprachärztliche Behandlung. Bei den anderen Formen von Stammeln und beim Stottern gilt der Satz, dass die Operation durch die Sprachstörung allein nicht indiziert ist, dass aber, wenn andere Indikationen vorhanden, die Sprachstörungen sehr ins Gewicht fallen. In solchen Fällen kann eine sprachärztliche Behandlung erst nach Entfernung der Rachentonsille mit Erfolg einsetzen. Die Sprachstörungen der schwachsinnigen werden durch die Adenotomie

ebensowenig beeinflusst wie deren geistiger Zustand, es sei denn, dass die Hyperplasie der Rachenmandel nachweislich die allbekannten Störungen gemacht hat. Aber auch dann muss man sich mit recht bescheidenen Erfolgen zufrieden geben.

Bei den verschiedenen Formen des offenen und gemischten Näselns ist jene Operation nicht angezeigt, sie führt direkt zu einer Verschlimmerung des Sprachfehlers. Katz, Kaiserslautern.

517. **Neumann, Hugo, Wien, Ein neues Adenotom.** *Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 50. S. 2585.*

Ein Ringmesser nach Beckmann, an dem als Fangvorrichtung der Rachenmandel eine Gabel angebracht ist, die nach dem Prinzip des Fahnenstockschen Modells für die Gaumentonsillen gebaut ist.

Katz, Kaiserslautern.

518. **Perl, Berlin, Über Propäsin und seine schmerzstillende Wirkung.** *Med. Klinik. Nr. 50. 1909.*

Der Verf. empfiehlt das Mittel unter anderem bei Angina follicularis wo nach jeder Propäsingabe sofortige Erleichterung eintrat. Fast augenblickliches Verschwinden der Schmerzen bei schwerer Larynxtuberkulose sah er nach Einblasungen des Pulvers in den Kehlkopf.

F. M. Wolf, Würzburg.

519. **Puterman und Breszel, Beitrag zur Angina ulcero-membranosa Plaut-Vincent.** *Gazeta lekarska. 1909. Nr. 16.*

Die Verf. beschreiben zwei Fälle von Plaut-Vincentscher Angina. Der eine, der mit Diphtherie kompliziert war, wurde mit Diphtheriserum behandelt. Die Löfflerschen Bazillen verschwanden, die Spirillen und die Bac. fusiformes fanden sich noch sehr zahlreich vor, verloren sich aber in kurzer Zeit nach Anwendung von Methylenblau.

Wieser, Lemberg.

520. **Schichhold, Die tonsillare Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 6. S. 281.*

Die cum grano salis hinzunehmenden, oft mit sehr grossem Enthusiasmus niedergelegten Erfahrungen des Autors werden in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Der oder die Erreger der sog. rheumatischen Erkrankungen liegen in mit Eiter gefüllten Mandelgruben gewissermassen im Depot und können gelegentlich auftretender Mandelentzündungen in den Kreislauf eintreten und spezifische Krankheitserscheinungen hervorrufen.
2. Eine völlige Heilung und besonders auch eine Verhütung von Rezidiven ist nur durch eine möglichst radikale Entfernung von Tonsillen möglich, wie sie das Gürichsche Verfahren gewährleistet.
3. Neben den Gelenkerkrankungen werden auch Komplikationen günstig beeinflusst (wie frische Endokarditiden).
4. Ausser auf die rheumatischen Erkrankungen scheint die Tonsillartherapie einen günstigen Einfluss auch auf andere Krankheiten auszuüben, die mit einer Mandelentzündung einhergehen, insbesondere auf Nierenentzündungen.

Betreffs der vom Autor empfohlenen Behandlung möchte jedoch Ref. einwenden, dass keine Berichtigung vorliegt, hier vom Gürichschen Verfahren zu sprechen, wenn auch Gürich vielleicht das Instrumentarium zu verbessern versucht hat. Das Curettement, Écrasement, Evidement der Tonsillen oder welcher Name für das in Rede stehende Verfahren beliebt wird, ist schon sehr alt und wird in der von dem Autor geschilderten Weise seit langem von den Fachlaryngologen geübt.

Katz, Kaiserslautern.

521. **Simon, A., Wiesbaden, Über die Anwendung der Pyocyanase bei ansteckenden Krankheiten des Rachens.** *Medycyna i kronika lekarska. 1909. Nr. 7.*

Simon gebrauchte bei den ansteckenden Formen der Angina die Pyocyanase mittelst eines Zerstäubers mit recht schnellem Erfolge. Der Belag reinigte sich, das Fieber liess nach, bei Kindern trat manchmal eine merkwürdige Euphorie ein. Wieser, Lemberg.

522. **Starkiewicz, Beitrag zu Mischinfektionen bei Entzündungen des Rachens.** *Nowiny lekarskie. 1909. Nr. 4.*

Verf. beobachtete eine eigentümliche Form von Angina bei neun Kindern im Alter von 2 Monaten bis 4½ Jahren. Die Erscheinungen bestanden in plötzlichen Auftreten von Blutungen aus dem Munde und in Blutbrechen, bei sehr geringem Fieber und in Halsschmerzen. An den Mandeln, am Gaumen und den Gaumenbögen waren scharf begrenzte bläulichrote, oder grau-gelbliche blutende Flecken zu sehen. Die bakteriologische Untersuchung ergab, dass hier als Krankheitserreger der Bacillus prodigiosus anzusehen war. Es fand sich zwar in der Mehrzahl der Fälle auch der Löfflersche Bazillus vor, welcher aber nach den vorgenommenen Tierexperimenten in Anwesenheit des ersteren keine ausgesprochene Virulenz besass. Die Krankheit verlief günstig. Ein einziger Fall endigte letal. In frischen Fällen wurde das Diphtherieserum, sonst Borwasser, gegen Blutungen 5% Lösung von Ferrum sesquichloratum angewandt.

Wieser, Lemberg.

4. Kehlkopf.

523. **Delavan, Bryson, New York, Über die Behandlung der Narbenstenose des Larynx nach der Methode von O. Dwyer und Rogers.** *Journ. of Laryng. Nov. 1909.*

Der Verf. ist der Ansicht, dass die glänzende Reihe von 23 von Dr. Rogers operierten Fällen, über welche er berichtet, den Wert seiner Methode zur Genüge beweisen. Es wird aber eine Reihe von Jahren vergehen müssen um zu zeigen, dass die Heilungen von Dauer und relative Befreiung von unerwünschten, weit zurückliegenden Wirkungen erzielt worden sind. Auch dann dürfte eine annähernde Gewissheit nur durch Studium einer grösseren Anzahl von Fällen, bis an das Ende des Lebens erreicht werden.

Um einen genügenden Druck auf die Narbe hervorzubringen, muss die Intubationstube mit der grössten Akuratesse der Form sowohl als auch der Grösse der Striktur angepasst werden, und muss genügend gross

sein, um einen beständigen und starken Druck auf das Narbengewebe ausüben zn können, und es bis an die Grenze des Möglichen ausdehnen. Um aber dauernden Erfolg zu erzielen, muss die Striktur wenigstens 1 Jahr dem Drucke ausgesetzt sein, und in einigen Fällen noch viel länger. Die Methode ist sorgfältig beschrieben und ein detaillierter Bericht über einen typischen Fall gegeben. Guthrie, Liverpool.

524. **Delsaux, Bruxelles, Laryngostomie pour retrécissement sous glottique chez un adulte, canulard, depuis plus de deux ans. Guérison.** *Presse oto-laryngologique belge Nr. 9. 7bre 1908. p. 403. Sté belge d'oto-laryngologie. Juin 1908.*

Mann mit Narbenstenose unter dem Ringknorpel, bei dem die Laryngostomie nach Sargnon gemacht wurde da er eine Dauerkanüle zur Dilatation nicht vertrug. Darauf Dilatation während $1\frac{1}{2}$ Monat, Herstellung normaler Verhältnisse. Die Heilung hat sich seit 3 Monaten als dauernd bewährt. Fernandes.

525. **Evans, A., London. Exzision des Larynx, des unteren Teiles des Pharynx und des oberen Teiles des Ösophagus wegen maligner Erkrankung (Cancroid) dieser Teile.** *Proc. Roy. Soc. Med. Vol. III. part. 2.*

Die Patientin, eine Frau von 40 Jahren, klagte über Heiserkeit und zunehmender Erschwerung des Schluckens, die sie seit ungefähr 5 Monaten fühlte. Bei der Untersuchung zeigte sich ein grosses malignes Gewächs, welches den unteren Teil des Pharynx füllte und sich nach vorne erstreckte, so dass es einen grossen Teil des rechten Stimmbandes und fast das ganze linke verdeckte. Die Gefahren eines Versuches der Exstirpation wurden der Kranken dargelegt und der nicht beneidenswerte Zustand des Patienten selbst noch nach einer glücklich verlaufenen Operation beschrieben. Trotz allem diesem wurde aber die Operation verlangt.

Zuerst wurde die Gastrostomie ausgeführt und 4 Tage später der Tumor entfernt und mit ihm der untere Teil des Pharynx, das obere Ende des Ösophagus und der ganze Larynx. Das obere Ende des Ösophagus wurde geschlossen und das Schnittende der Trachea an der Haut über dem Jugulums befestigt.

Nach 12 Tagen war der grösste Teil der Wunde geheilt, aber Mundsekrete tröpfelten beständig aus dem offenen Teil der Wunde, unmittelbar über der Öffnung der Trachea. Der Verf. nähte deshalb den unteren Teil der Öffnung zu, und erweiterte sie dementsprechend nach oben. Später wurde eine kleine Schale aus Zelluloid durch eine um den Hals gelegte Binde über der Fistel befestigt. Auf diese Weise war die Patientin imstande Flüssigkeiten durch den Mund aufzunehmen, welche dann durch die Halsfistel und die Gastrostomie-Tube weiter in den Magen geführt wurde. Guthrie, Liverpool.

526. **Gault, Dijon, Über einen Fall von totaler Laryngektomie wegen Kehlkopfkrebs. (Sur un cas de laryngectomie totale pour cancer du larynx.)** *Archives internat. de laryngologie. Jan.-Febr. 1910. S. 130.*

Verf. sagt, dass Bronchitis mit eitrigem Auswurf die Operation nicht kontraindiziert, besonders wenn man dieselbe in zwei Zeiten ausführt. Er empfiehlt die Lermoyezsche Spritze (die ganz aus Glas verfertigt ist) um die Patienten durch eine intranasal eingeführte Nélaton Sonde zu ernähren. Das Offenbleiben der Ösophagusrinne ist keine störende Komplikation. Menier.

527. **Grabower, Gegen die Schluckschmerzen der Phthisiker.** *Zeitschrift für Ohrenheilkunde etc. Bd. LX. H. 1. u. 2.*

Verf. empfiehlt gegen die Dysphagie der Phthisiker die Stauungsbehandlung nach Bier. — In sieben von ihm beobachteten Fällen von vorgeschrittenem Lungenleiden mit schweren Veränderungen im Larynx erreichte er durch konsequente Anwendung der Stauungsbinde vollkommene Beseitigung der vorher heftigen Schluckschmerzen bis zum Tode der Patienten (Beobachtungsdauer bis zu 20 Wochen), in einem 8. Fall mit geringem Lungenbefund, aber ebenfalls schwerer Kehlkopferkrankung schwanden nach 10wöchentlichem Gebrauch der Binde die Schmerzen dauernd (Beobachtungsdauer za. 1 Jahr); durchgehends zeigten sich die ödematös geschwellten Teile nach Verlauf einiger Wochen in ihrem Umfange reduziert und geschrumpft. Oertel, Dresden.

528. **Guttmann, N., Ein Fall von chronischer Diphtherie des Larynx.** *Casopis lékariw ceských. 1909. Nr. 52.*

Dauer der Krankheit ca. 3 Wochen. Seit 14 Tagen vollständige Aphonie. Am Tage vor Beginn der Erkrankung etwas Fieber. Membranen an der Vorderfläche der Aryknorpel und an den Taschenbändern. Nach Abhebung mittelst einer Pinzette verstärkte Neubildung. Heilung unter indifferenter Therapie (Inhalationen mit Aq. calcis). Bakteriol. im Färbepräparate: verschiedene pathogene Kokken und am Ende verdickte Stäbchen. Im Kulturverfahren und Tierversuche (bis auf einen Streptokokkenbefund) Diphtherie. Bemerkt sei noch häufiges Fehlschlucken im Verlaufe der Krankheit, welches Autor auf eine Lähmung des Laryngeus superior zurückführt. Verf. empfiehlt eine möglichst reizlose indifferente Therapie, da schon das einfache Wegnehmen der Membranen verstärkte Neubildung zur Folge hatte. Imhofer.

529. **Labarre, Laryngostomie pour oblitération absolue laryngotrachéale. (Laryngostomie wegen vollkommenen Verschlusses des Kehlkopfs.)** *Presse oto-laryngologique belge Nr. 9. 7bre 1908. p. 406. Sté belge d'oto-laryngologie. Juin 1908.*

Kind von 3 Jahren mit laryngotrachealer Stenose nach Intubation. Laryngo-Trachea-Fissur dann Schornsteinkanüle zu Dilatation, aber eine Bronchopneumonie zwang dazu, die Dilatation abzubrechen. Nach Heilung Fortsetzung der Dilatation mit Kautschuk, die ein besseres Resultat hoffen lässt. Der Autor beschreibt einen Kunstgriff, um das Kautschukrohr zu fixieren und zwar mit Hilfe eines vor dem Dilatationsdrain eingeführten Drainrohres, das eine elastische Stütze bildet und das Dilatationsrohr an seinem Platze hält. Durch einen Seidenfaden verhütet er jede Verlagerung des Drains auf der Kanüle und befestigt die in den Drain gestopfte Gaze ebenfalls durch einen Faden. Fernandes.

530. **Levinstein, O., Die Appendix ventriculi Morgagni (Tonsilla laryngis).** *Arch. für Laryng. Bd. XXII. H. 3.*

Levinstein gibt eine sehr eingehende Darstellung der Anatomie und Histologie der ganzen Umgebung des Ventrikels, insbesondere seiner Appendix. Diese zeigt manchmal eine einfache senkrechte Taschenform, ist oft aber auch komplizierter gebaut. Ihre Wandung enthält reichlich adenoides Gewebe sowie zahlreiche Mündungen von intramuskulär gelegenen Drüsen. Levinstein fasst demgemäss die Appendix als eine Tonsille auf, welche sich von anderen Mandeln durch ihre versteckte Lage sowie durch geringeren Reichtum an lymphoiden Elementen unterscheiden. Die Drüsen sollen einen Schleimstrom für die Oberfläche des Stimmbandes absondern, der während der Muskelaktion verstärkt wird.

Arth. Meyer, Berlin.

531. **Lithgow, Edinburgh. Ein Fall von Hughlings-Jackson-Mackenzie Syndrom.** *Journal of Laryngologie. Nov. 1909.*

Seit der Beobachtung und Beschreibung im Jahre 1864 durch Hüghlings Jackson und Morell Mackenzie von Fällen von Akzessoriuslähmung ist über eine Anzahl anderer berichtet worden. Der Fall jedoch, über den in diesem Bericht gesprochen wird, zeigte die Besonderheit, dass, obgleich die Lähmung sehr ausgedehnt war, später — mit Ausnahme der durch die laryngealen Fasern des Nervs versorgten Muskeln — eine vollständige Wiederherstellung der Funktion der erkrankten Teile erfolgte. Die Patientin, eine Schauspielerin von 43 Jahren, klagte über plötzlichen Verlust der Stimme seit 2 Monaten und war die Stimmlosigkeit anfangs eine vollständige. Auch waren Schluckbeschwerden, Schmerzen im Nacken und in der Schulter und Schwäche des linken Armes vorhanden. Bei der Untersuchung zeigte sich vollständige Lähmung des Sterno-Mastoideus und des oberen Drittels des Trapezius; das mittlere Drittel des Letzteren zeigte Parese, während der untere Teil gesund war.

Auch war Paralyse der linken Seite des weichen Gaumens und vollständige Rekurrenzlähmung des linken Stimmbandes vorhanden.

Nach Behandlung mit Jodkali trat Heilung aller erkrankten Stellen ein, mit Ausnahme des linken Stimmbandes, das in der Kadaverstellung verblieb.

Guthrie, Liverpool.

532. **Mahler, L., Kopenhagen, Über die Kuhnsche perorale Tubage.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1909. H. 12.*

Bericht, dass er in 25 Fällen von Kuhnscher poraler Tubage, die teils bei Operationen der Nasennebenhöhlen teils bei solchen der Mündhöhle, des Nasenrachenraumes etc. angewendet wurde, die besten Resultate erzielte.

Sippel, Würzburg.

533. **Manasse, Paul, Über Endotheliome des Larynx.** *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde etc. Bd. LX. H. 1. u. 2.*

Verf. berichtet über vier von ihm beobachtete Fälle von Endotheliom des Larynx und gibt ein genaues Bild der anatomischen Verhältnisse dieser sehr seltenen Kehlkopfgeschwülste. In zwei Fällen wurde der Tumor nach Laryngofissur exstirpiert; die Kranken sind seit ca. 2 resp. 3 Jahren rezidivfrei. — Verf. glaubt bei Endotheliom die Prognose etwas günstiger als bei den übrigen malignen Kehlkopfgeschwülsten stellen zu

können, da die Endotheliome gemeinhin — von Ausnahmen abgesehen — ein langsameres Wachstum haben, weniger leicht rezidivieren und seltener Metastasen machen. — Die Diagnose kann nur nach ausgiebiger Probeexzision gemacht werden, die Therapie nur in einem extralaryngealen operativen Eingriff bestehen. Oertel, Dresden.

534. **Scanes-Spicer, London, Krebs der Kehle; einige Bemerkungen über den Sitz seines Beginnes, Frühdiagnose und radikale Heilung.** *Brit. Med. Journ. Oct. 16. 1909.*

Der Verf. ist durch klinische und pathologische Beobachtungen zum Resultat geführt worden, dass Krebs der Kehle dazu neigt an Stellen aufzutreten, wo weiche Gewebe über harten, oder hervorragend langen und knorpligen Vorsprüngen oder Erhöhungen liegen, oder von ihnen gedrückt werden. Die weichen Gewebe dieser Regionen, wenn sie einer normalen Erhöhung des Druckes, oder der Reibung ausgesetzt sind, unterliegen besonders leicht der Proliferation und dem Tiefenwachstum, welche die krebsige Degeneration ausmachen; und das geschieht ohne irgendwelchen spezifischen oder äusseren Reiz.

Was speziell den Larynx anbelangt, so glaubt er, dass die mechanischen Kräfte mit dem resultierenden Druck, den Spannungen und Reibungen, welche sie auf ihn ausüben, bei abdominaler Respiration viel grösser sind, als bei kostaler, oder thorakaler Respiration. Er sagt, dass bei abdominaler Respiration Kompression und Reizung der weichen Gewebe an der Hinterwand erhöhlt sind.

Nicht nur eine lokale Reizung wird hervorgerufen, sondern es tritt infolge des üblen Einflusses dieser Atmungsmethode auf den Stoffwechsel, auch ein Zustand von Kachexie ein, welchen der Verf. glaubt, als den Hauptfaktor in der Ätiologie des Krebses ansehen zu müssen.

Guthrie, Liverpool.

535. **Shattock, London, Ein grosses laryngeales Lipom der Epiglottis und der Basis der Zunge, mit einer Reihe von Beispielen von submukösen Lipomen des Larynx.** *Proc. Roy. Soc. of Med. Vol. II. Nr. 9.*

Der Fall betraf einen Mann von 76 Jahren, der plötzlich an Asphyxie in einem Restaurant starb, eine Vorgeschichte des Falles war nicht zu erlangen. Bei der post-mortem Untersuchung fand man ein grosses, fast rundes Lipioma, welches links von der Mittellinie, zum Teil unter der Schleimhaut der Vorderseite der Epiglottis und zum Teil unter der der Zungenbasis sich befand. Der Tumor hatte in seinem grössten Durchmesser eine Weite von 3 cm, aber an der Basis weniger, so dass er leicht gestielt war. Seine Anheftungsstelle an die Zunge und an die Epiglottis korrespondierte mit dem Raum zwischen dem mittleren und dem seitlichen Ligamentum glosso-epiglotticum der linken Seite. Histologisch bestand es aus ganz normalem Fettgewebe und war mit Schleimhaut bedeckt.

Die direkte Todesursache war wahrscheinlich eine Verschiebung des Tumors, der wahrscheinlich plötzlich in den Bereich des Konstrictor pharyngis kam und zusammen mit der Epiglottis fest über der oberen Öffnung des Larynx eingezwängt wurde; der Patient hatte dann unwill-

kürlich versucht den Tumor zu verschlucken. Es wird noch auf die Berichte über acht Fälle von Lipom des Larynx hingewiesen.

Guthrie, Liverpool.

536. **Schoetz, W., Zur Ätiologie der brandigen Kehlkopfentzündungen.** *Zeitschrift für Ohrenheilkunde etc. Bd. LX. H. 1 u. 2.*

In zwei Fällen von tödlich endender nekrotisierender Phlegmone des Larynx fand Verf. den Bacillus fusiformis und das Spirillum sputigenum. Er glaubt, dass diese Erreger der Noma und der Plaut-Vincentschen Angina mindestens einen Teil der brandigen Entzündungen des Kehlkopfes verursachen, und dass sie vielleicht auch in der vielfach noch dunklen Ätiologie der primären Larynxperichondritis eine wichtige Rolle spielen.

Oertel, Dresden.

537. **Sebileau, De l'éxtirpation totale du larynx pour Cancer. (Über die totale Laryngektomie für Karzinom.)** *Société de Chirurgie. Paris. 9 Febr. 1910. Bulletin medical. 12 fevrier 1910. S. 194.*

Verf. operiert in zwei Zeiten mit vorangehender Tracheotomie; die Längsinzision wird durch einen Querschnitt vervollständigt der die Bildung zweier Seitenlappen erleichtert.

Menier.

538. **Uchermann, Die chirurgische Behandlung der laryngotrachealen Stenosen.** *Arch. für Laryng. Bd. 22. H. 3.*

Referat für den Internatinalen Kongress in Budapest. Uchermann bespricht die akuten und chronischen Stenosen, intra- und extralaryngealer bezw.-trachealer Natur, fussend auf seinen reichen persönlichen Erfahrungen, ohne auf die Literatur und auf Schilderung der Methoden einzugehen. Bei akuten Stenosen bevorzugt er in gewissen Grenzen die Tracheotomie vor der Intubation. Bei der Bolzendilatation chronischer Verengerungen schildert er sein, von dem Thostschen etwas abweichendes Verfahren.

Arth. Meyer, Berlin.

539. **Waggett, London, Ein Fall von post-cricoidem Epitheliom bei einer Frau von 30 Jahren; Entfernung durch Laryngektomie.** *Proc. Roy. Med. Vol. II. Nr. 8.*

Der Fall wurde in einem verhältnismässig frühen Zeitpunkt der Krankheit bemerkt und die Grenzen derselben durch die direkte Untersuchung vor der Operation festgestellt. Die Knorpel waren, wie immer in diesen Fällen, ödematös, der Larynx wurde entfernt und der Stumpf der Trachea an die Haut des supra-sternalen Einschnittes befestigt. Nach Entfernung des Krankhaften bildeten die Schleimhäute des Hypopharynx und des oberen Teiles des Ösophagus einen ca. 10 mm breiten Streifen. Dieser wurde um ein Drainrohr geheftet welches durch die Nase gezogen war. Das Rohr wurde ungefähr 4 Wochen nach der Operation entfernt und die Patientin konnte dann Brot ziemlich leicht schlucken. Die Heilung ging rasch von statten ohne septische Erscheinungen.

Guthrie, Liverpool.

540. **Wilms, Basel, Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Röntgenstrahlen. (Tiefenbestrahlung.)** *Deutsche med. Wchschr. 1910. Nr. 6.*

Verf. berichtet über eine den günstigen Ergebnissen bei Knochen- und Gelenktuberkulose analoge prompte Beeinflussung auch der Kehlkopftuberkulose durch die Tiefenbestrahlung und fordert zu weiteren Versuchen auf. Hirsch, Magdeburg.

5. Trachea. Bronchien. Ösophagus.

541. **Albrecht, Halle, Die direkte Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie.** *Med. Klinik. 1909. Nr. 50.*

Die Anästhesierung führt der Verf., soweit sie sich auf den Kehlkopf bezieht, durch Leitungsanästhesie der versorgenden Nerven aus. Diese Art hat sich ihm nicht nur bei der direkten Untersuchung der Luftwege als schonendes und dabei wirksames Verfahren von langanhaltender Wirkung bewährt, sondern auch bei endolaryngealen Eingriffen und bei der Beseitigung chronischer Dysphagien tuberkulöser Larynxaffektionen in Kombination mit Alkoholinjektionen. F. M. Wolf, Würzburg.

542. **Botella, Nueva tecnica simplificada para las exploraciones esofagoscópicas. (Neue vereinfachte Technik für die ösophagoskopischen Untersuchungen.)** *Boletin de Laringologia. Nov.-Dez. 1909.*

Die Stellung ist die zwischen Rosescher und sitzender: Patient sitzt auf einem Sessel, der einen Winkel von 120° bildet. Man kann die Anästhesie, sogar die lokale entbehren und eine einzige Hilfsperson genügt. Menier.

543. **Chauveau, Canule usée et brisée dans la trachée. (Gebrochene Kanüle in der Trachea.** *Archives internat. de laryng. Jan.-Febr. 1910.*

Ein tracheotomierter Phtisiker konnte eines Tages die Kanüle nicht mehr einführen. Man findet, dass sie durch Blutkoagula verstopft ist. Da man sie herausnehmen will, bricht sie in der Mitte entzwei. Die zurückgebliebene Hälfte konnte entfernt werden. — Es sei beiläufig bemerkt, welchen guten Einfluss die Tracheotomie bei diesem Patienten hatte. Seit 6 Jahren hatte der Zustand sich soweit gebessert, dass man die Kanüle jetzt endgültig entfernen konnte. Menier.

544. **Chiari, O., Wien. Über zwei Fälle von Fremdkörpern, welche mehrere Jahre nach ihrem Eindringen bronchoskopisch entfernt wurden.** *Monatsschr. f. Ohrenh. 1910. 1.*

In beiden Fällen wurden die Fremdkörper mit Zuhilfenahme der Brüningsschen Vorschieberöhren und des Kahlerschen Elektroskops entfernt. Im ersten handelte es sich um eine kleine Hartkautschukprothese mit zwei Zähnen, die von der Patientin vor 7 Jahren verschluckt worden war und sich im rechten Unterlappenbronchus festgesetzt hatten, im zweiten Falle um eine Papierheftklammer, die aus dem rechten Hauptbronchus in die Trachea hineinragte. Sippel, Würzburg.

545. **Ciarla, Nuoto tracheotomo-cannula. (Neue Kanüle zur Tracheotomie.** *Gazetta degli ospedali. 26. Dez. 1909. S. 1639.*

Es handelt sich um eine Kanüle, die eine scharfe Klinge trägt, so dass die Operation in einer Zeit ausgeführt werden kann. Vor einigen Jahren beschrieben Botella und Glover (unabhängig voneinander) eine Troikart-Kanüle, die auf demselben Prinzip beruht. Menier.

546. **Ephraim, Breslau. Über die Bedeutung der Bronchoskopie für die innere Medizin.** *Deutsche med. Wchschr. 1910. Nr. 5. Bericht der Schlesischen Gesellsch. für vaterländische Kultur (Medizinische Sektion).*

Als Indikationen zur Bronchoskopie stellt Ephraim auf: Husten, dessen Ursache sonst nicht erkannt werden kann, Hämoptoe, unklarer Provenienz, eitriges Sputum, putride Bronchitis, Schmerzhaftigkeit des Sternum oder der Wirbelsäule, Rekurrenzlähmung unklaren Ursprungs. In der Diskussion betont Hinsberg, dass er die Bronchoskopie nur für diejenigen Fälle reserviert, wo andere Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele führen. Hirsch, Magdeburg.

547. **Erbrich, Über Tracheo- und Bronchoskopie und die klinische Bedeutung dieser Methode.** *Gazeta lekarska. 1909. Nr. 20, 21, 22.*

Verf. bespricht die Bedeutung der Tracheo-Bronchoskopie und teilt zwei Fälle von aus den Bronchien entfernten Fremdkörpern mit. In einem Falle wurde bei einem 6jährigen Mädchen eine Stecknadel aus dem linken Bronchus mittelst der Bronchoskopie inferior extrahiert, im zweiten, bei einem 7jährigen Mädchen wurde mittelst der Bronchoskopie superior ein Drahtstück aus dem linken Bronchus entfernt.

Wieser, Lemberg.

548. **Franck, Otto, Tracheotomia transversa.** *Münch. med. Woch. 1910. Nr. 6. S. 285.*

Statt des bisher geübten, obligaten Längsschnittes bei der Tracheotomie empfiehlt der Autor auf Grund des in der Rehnschen Klinik in Frankfurt gesammelten Erfahrungen den Querschnitt, dem er folgende Vorzüge nachrühmt.

1. Bezüglich der Operation: klare Topographie, peinliche Gefässschonung ohne Isthmusverschiebung, spontan klaffende Trachealwunde und Entbehrlichkeit aller Instrumente mit Ausnahme des Messers.

2. Bezüglich des Resultates: primäre Wundheilung, Erhaltung des Trachealrohres, unsichtbare, nicht eingezogene Hautnarbe, voraussichtlich ohne Spätfolgen. Katz, Kaiserslautern.

549. **French, London, Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Ösophagus durch Brünings' direkte Ösophagoskopie.** *Brit. Med. Journ. 25. Dez. 1909.*

Über zwei Fälle wird berichtet; bei dem ersten, einer Frau von 42 Jahren, fand man ein Stück von einem Hammelknochen in das untere Ende des Ösophagus in einer Entfernung von 34 cm von den Zähnen,

eingedrückt. Ein scharfer Hacken wurde jenseits des Knochens eingeführt, dieser an dem Ende der Röhre des Ösophagoskops befestigt und durchgeschnitten, die zwei Stücke konnten dann leicht entfernt werden.

Im zweiten Falle war ein grosser Metallknopf im Ösophagus eingedrückt, in der Höhe des Endes der 2. und der 3. Rippe. Wegen der starken ödematösen Schwellung der Schleimhaut konnte eine Zange nicht über den das Lumen ausfüllenden Körper eingeführt werden, der übrigens durch Ösophagoskopie und mittelst Brünings' Zange ohne besondere Schwierigkeit entfernt wurde. Guthrie, Liverpool.

550. **Gebhardt, F. v., Budapest, Untersuchungen über die Funktion der Flimmerepithelauskleidung der Luftröhre.** *Budapesti ovorsi Ujsag. 1909. Nr. 41.*

Die sehr lesenswerte Abhandlung enthält Tierexperimente die Frage betreffend, wie lange das Flimmerepithel der Luftröhre solcher Tiere, welche getötet worden sind, nach Exzision der Luftröhre noch imstande ist Kohlenstaub weiter zu bewegen; wie diese Bewegungen durch äussere Umstände beeinflusst werden und mit welcher Geschwindigkeit sie stattfinden. Polyák.

551. **Hirtz, Impulsion trachéale dans un aneurysme de l'aorte. (Trachealpuls bei einem Aortenaneurysma.)** *Société médicale de Hôspitaux. 29. Okt. 1909.*

Bei dem Patienten werden Kehlkopf und Trachea bei jeder Systole mit schnellen Oszillationen nach oben gestosssen anstatt wie es gewöhnlich geschieht nach unten gezogen zu sein. Verf. glaubt, dass das Aneurysma der Konvexität des Aortabogens aufsitzt. Die radioskopische Untersuchung gab keinen Aufschluss über die Lokalisation. Menier.

552. **Kölliker, Th., Beitrag zur Ösophagoskopie.** *Münch. med. Woch. 1909. Nr. 44. S. 2478.*

Kurzer Bericht über 110 Ösophagoskopien bei folgenden Erkankungen: Fremdkörper 12, Divertikel 3, Ösophagitis 3, tuberkulöses Geschwür 1, Stenosen 10, Karzinome 58, Spasmus 1, sensible Neurose 11, Kardiospasmus 1, Untersuchung wegen unbestimmter Beschwerden 10. Besprechung der von dem Autor geübten Technik. Katz, Kaiserslautern.

553. **Rydygier, A., Einige Worte über die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Gazeta lekarska. 1909. Nr. 51.*

Rydygier beschreibt einen Fall, in welchem eine Zahnplatte 5 Wochen lang im Ösophagus liegen blieb und da dieselbe mittelst der Ösophagoskopie infolge ihrer Lage und der Granulationen, die sich um den Fremdkörper gebildet haben, nicht entfernt werden konnte, auf operativem Wege (Ösophagotomie) extrahiert wurde. Der Kranke erholte sich in kurzer Zeit. Verf. bespricht die Therapie der Fremdkörper im Ösophagus und weist darauf hin, dass die Ösophagoskopie nicht immer zum Ziele führt und dass die alten Methoden, die die Anwendung des Gräfeschen Münzenfängers und des Weissschen Grätenfängers, einen schnellen und sicheren Erfolg bringen können. Wieser, Lemberg.

554. S t e r n b e r g, Brünn, Demonstration eines Falles von Perforation einer tuberkulösen Lymphdrüse in die Trachea. *Wien. klin. Wochenschr. 1910.*

Das Präparat stammt von einem 49jährigen Sträfling, der an einer akuten Miliartuberkulose verstorben war. Der breite Durchbruch einer verkästen mediastinalen Lymphdrüse in die Trachea hatte klinisch keine Symptome gemacht. S i p p e l, Würzburg.

6. Mundhöhle.

555. K r e n, O., Wien, Über Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen. *Monatsschr. f. Ohrenh. 1910. 1.*

Die Abhandlung erstreckt sich über Fälle von Erythema multiforme Erythema urticatum, toxischen Exanthem, Pemphigus, Lichen ruber planus, Lupus erythematodes, Akantosis nigricans, Xeroderma pigmentosum, Sklerodermie, Naevus Pringle, multiplen Teleangiektasien, Xanthoma diabeticorum und Sarcoma idiopathicum multiplex in ihren Beziehungen zur Mundhöhlenschleimhaut. S i p p e l, Würzburg.

556. M u r r a y, Birmingham, Fremdkörper in der Zunge. *Brit. Med. Journ. 1. Jan. 1910.*

Der Fremdkörper bestand aus einem Stück von dem Stiele einer Tabakspfeife und war 1 cm lang. Er war durch einen Schlag hineingetrieben worden und war 7 Monate in der Zunge verwachsen gewesen, bevor er von dem Verf. entfernt wurde. G u t h r i e, Liverpool.

557. P i a s e c k i, Lemberg (Polen), Einige Untersuchungen über moderne Munddesinfizientien. *Lancet. 6. Nov. 1909.*

Der Verf. hat eingehende Untersuchungen über den Wert von zwei sehr bekannten Munddesinfizientien gemacht, Formamint und Pyocyanase. Er kommt zu dem Schluss, dass Formamint im Speichel aufgelöst einen ziemlich schwachen und vorübergehenden bakteriziden Effekt hat; Pyozyanase sieht er als das wirksamere von den beiden Munddesinfizientien an.
G u t h r i e, Liverpool.

558. W e i n l ä n d e r, Klagenfurt, Zur Symptomatologie und Therapie der sekundären Speicheldrüsenentzündung. *Wiener klin. Wochenschr. 1910. 5.*

Im Anschluss an die von P i c h l e r vor einigen Jahren veröffentlichten Fälle von sekundärer Parotitis mit Ausfluss des entzündlichen Exsudats durch die Mundöffnung des Ductus Stenonianus bringt W e i n l ä n d e r in dieser Abhandlung weitere sechs Fälle, von denen einer eine sekundäre Entzündung der Glandula submaxillaris darstellt.

Entsprechend seinen Beobachtungen hält Verf. obiges Symptom für sehr häufig, wenn nicht gar für regelmässig. Als Therapie führt er unter anderm das von den Franzosen geübte Ausdrücken der Drüsen an.

Bei primärer Erkrankung der Parotis hat W e i n l ä n d e r ein Ausfliessen des Exsudats nach dem Munde nicht gesehen wohl aber bei primärer Entzündung der Glandula submaxillaris.

S i p p e l, Würzburg.

7. Grenzgebiete.

559. **Andrassy, Böblingen, Über Kropf und Kropfherz.** *Med. Corresp.-Blatt des Württ. ärztl. L.-V.*

Bericht über 112 Kropfoperationen, bei denen 14 mal Basedowsche Krankheit diagnostiziert, 34 mal Störungen in der Herztätigkeit vorgefunden wurden, also das Herz in 48 Fällen, das ist 43% aller Kropfkranken in Mitleidenschaft gezogen war.

Verf. hat die Herzkranken nach der Operation möglichst im Auge behalten und sich überzeugt, dass der Einfluss der Operation auf das Herz günstig geblieben ist. Die Patienten sind arbeitsfähig geworden resp. geblieben; nur wenige klagen über zeitweise auftretendes Herzklopfen.

Sippel, Würzburg.

560. **Chrostek, F., Diagnose und Therapie des Morbus Basedowii.** *Wiener kl. Wochenschrift. 1910. 6.*

Die Diagnose der ausgesprochenen oder sog. klassischen Fälle des Morbus Bas. bereitet durchaus keine Schwierigkeiten, bei den symptomärmeren, weniger ausgesprochenen aber ist es schwierig, oft unmöglich, zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. In seltenen Fällen kann auch Bleiintoxikation, bei der Reizbarkeit, Tremor, Tachykardie, leichter Exophthalmus und Lidödem in den Vordergrund treten und Cholelithiasis, bei der Tachykardie, Arythmien, paroxysmale Tachykardie, Bradykardie im Krankheitsbild dominieren, zu Verwechslung Anlass geben.

Was die Therapie des Morbus Bas. angeht, sieht Chrostek keinen Grund ein, vorläufig von den konservativen Grundsätzen abzuweichen.

Sippel, Würzburg.

561. **Dotti, G. A., Universitätskinderklinik Florenz, Über Kinderkrankheiten mit besonderer Beziehung zur familiären Belastung der Tuberkulose.** *Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 8. Nr. 9. S. 535.*

Verf. stellte seine statistischen Untersuchungen an 9000 Kindern von 1—10 Jahren in Florenz an. Dabei ergab sich in 31,5% aller Fälle tuberkulöse Belastung der Familie. Einige Krankheitsgruppen zeigen in einem sehr hohen Prozentsatz Beziehungen zur tuberkulösen Belastung, so in 73% der Lungentuberkulose, in 62% der peritonealen Form der Tuberkulose, in 50% bei den Krankheiten des Lymphapparates des Kindes, in 48% bei Skrofulose; ferner ist es auffallend, dass Endokarditis, Perikarditis und Leberzirrhose in 70% der Fälle tuberkulöse Belastung zeigten. Krankheiten, denen eine unter dem Durchschnitt stehende familiäre Belastung durch Tuberkulose entsprach, waren die Rachitis in 22,4% der Fälle, die exsudative Diathese in 22,6%.

Ludwig F. Meyer, Berlin.

562. **Finzi, Su un caso di aneurisma oscuro dell'arco aortico. (Über einen Fall von latentem Aneurysma des Aortabogens.** *Gazzetta degli ospedali. 4. Jan. 1910.*

In Fällen von Asphyxie oder Laryngospasmus bei Erwachsenen muss man immer an die Möglichkeit einer inneren oder äusseren Erkrankung des Aortenbogens denken, um die Notwendigkeit der Tracheotomie zu erwägen und um die Prognose richtig zu stellen. In einem Falle war der Tod durch die Trachealstenose verursacht, die ihren Ursprung in dem Aneurysma des hinteren Teils des Aortenbogens hatte und in einem anderen Falle war die Asphyxie durch Laryngospasmus bedingt, der seinerseits in der Reizung des Nervus recurrens seinen Grund hatte. Menier.

563. **Carless, London, Entfernung beider Oberkiefer.** *Proc. Roy. Soc. M. Vol. III. Nr. 1.*

Der Patient war 49 Jahre alt. Der ganze linke Unterkiefer und ein Teil des linken Oberkiefers wurden entfernt, weil sie ganz von einem Tumor umschlossen waren, der sich als ein „Epithelial-Odontom" erwies. 5 Monate später zeigte sich ein ähnliches Gewächs des rechten Oberkiefers das auch entfernt wurde. Dem Patienten ging es gut und er wurde später mit einem künstlichen Gaumen versehen, an dem sich Zähne befanden, die ihm das Kauen von weicher Nahrung ermöglichten.

Guthrie, Liverpool.

564. **Goldscheider, Die physikalische Behandlung des Asthma bronchiale.** *Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. 1909. Juniheft.*

Als wirkungsvoll gegen den asthmatischen Anfall schildert Verf. zunächst alle die Massnahmen, welche — lokal oder allgemein — erhebliche Hitzegrade anzuwenden gestatten. Im Anfall selbst ist die psychische Behandlung von Bedeutung; sie erstreckt sich auf die Beeinflussung der Erstickungsangst und die Regulierung der Atmungsgymnastik, insbesondere auf eine langsame und vollkommene Ausatmung (Sänger). Auf die Unterdrückung des Hustenreizes ist Wert zu legen.

Die allgemeine Behandlung des Asthmatikers ausserhalb des Anfalls besteht, ähnlich wie bei den Neurasthenikern, in hydriatischen, der individuellen Reizbarkeit und Verweichlichung angepassten Massnahmen, in spirituösen Waschungen, trockenen Reibungen bei gesteigerter Selbstbeobachtung in ablenkender Beschäftigung. Aufenthalt an und auf der See, Waldluft, Höhenluft (Engadin) sind von Vorteil. Die operative Nasenbehandlung enttäuscht im allgemeinen.

Gegen die Bronchitis und das Emphysem erweist sich besonders die physikalische Pneumatotherapie als wertvoll.

Hirsch, Magdeburg.

565. **Hofbauer, Ludwig, Wien, Atmungsgymnastik beim Asthma bronchiale.** *Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. 1909. Aprilheft.*

Verf. hat gelegentlich seiner Versuche, durch Ausatmungsgymnastik die Lungenblähung zu behandeln, ein Schwinden der gleichzeitig bestehenden bronchialasthmatischen Zustände wahrgenommen und diese Beobachtung an weiteren Fällen bestätigt gefunden, die anderen Methoden der Asthmatherapie bisher widerstanden hatten. Es handelt sich bei den von Hofbauer vorgenommenen Übungen an dem von ihm beschriebenen Exspirator um eine allmählich steigende Verlängerung der Exspiriums, also um ein der Sängerschen Zählgymnastik ähnliches Verfahren.

Hirsch, Magdeburg.

566. **Hoffmann, Rudolf, München, Beitrag zur Lehre vom Morbus Basedowii.** *Zeitschrift für klin. Medizin. 1909. Bd. XXXIX. H. 3—4. S. 359 ff.*

Diese auf eingehendes Literaturstudium basierte Arbeit, die leider an einer dem Laryngologen etwas ferner liegenden Stelle erschienen ist, gibt zunächst einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage der Drüsen mit innerer Sekretion. Hoffmann fasst den Morbus Basedowii als einen Hyperthyreoidismus plus relativer Insuffizienz der Nebennieren auf.

Nebenniere und Thyreoidea stehen in einem gegenseitigen kompensatorischen Verhältnis. Die Wirkung der Nebennierenextrakte und der Schilddrüsenextrakte stehen sich antagonistisch gegenüber und zwar in folgender Weise:

	Nebennierenextrakt	Thyreoideaextrakt
Blutdruck:	erhöht	erniedrigt
Gefässtonus:	"	"
Vagus:	Macht die periphere Vagusreizung unwirksam.	Erhöht die Wirkung der Reizung des N. depressor.
Phosphorausfuhr:	Exstirpation verursacht Phosphaturie.	10 fache Steigerung.

Hoffmann unterscheidet daher: a) Basedow-Symptome, die als reine inkompensierte Thyreoideawirkung aufzufassen sind, nämlich Exophthalmus, Pulsbeschleunigung, Phosphaturie. b) Symptome der Nebenniereninsuffizienz, nämlich verminderte Hubhöhe, Pigmentation.

Beim Myxödem ist die antagonistische Wirkung von Thyreoidea und Nebennieren im entgegengesetzten Sinne gestört, also Hypothyreoidismus oder Athyreoidie und relative Hyperfunktion des Nebennierensystems. Die Resultate von 18 eigenen Versuchen fasst Hoffmann zusammen: Das normale menschliche Blutserum sowohl des Kindes als auch des Erwachsenen zeigt keinen Einfluss auf die Pupille des Froschauges. Eine Pupillenerweiterung, die auf einen Gehalt an Nebennierensekret schliessen lässt, zeigt in geringem Grade normales Rinderserum, in stärkerem das Pollantin (Serum mit Pollentoxin injizierter Pferde). Eine maximale Mydriasis rief das Serum thyreoidektomierter Hammel hervor, eine geringere das zweier Myxödemfälle.

Zum Schluss bemerkt Hoffmann, dass es ausser den chirurgischen Eingriffen bei der Basedowschen Krankheit und der Neutralisierung des Thyreoideasekrets durch Adrenalin noch einen Weg gibt, den Hypersekretionen der Basedow-Struma zu begegnen: Die Beeinflussung des vasomotorischen Zentrums und zwar durch Shockwirkung von der Nase aus, wie Hoffmann das in einer späteren Arbeit ausführen will. Man darf nach der vorliegenden, ausserordentlich interessanten und gründlichen Arbeit Hoffmanns wohl auf seine therapeutischen Vorschläge gespannt sein.

Bl.

567. **Michalowicz, Mieczyslaw, k. k. Universit.-Kinderkl. Wien, Über die Verwertung der Wirbelsäulenperkussion bei der Diagnose der Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderh. 71, der 3. Folge. Bd. 21. Heft 1. S. 29.*

Bei der Schwierigkeit der Diagnose einer Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter ist jedes diagnostische Hilfsmittel sehr willkommen. An 22 Fällen hat der Verf. mit Hilfe der Wirbelsäulenperkussion Bronchialdrüsen diagnostiziert, diesen Befund durch Röntgenuntersuchung oder durch Obduktion stets gesichert.

Bei gesunden Kindern ergibt die Wirbelsäulenperkussion von dem 7. dumpf tympanitisch klingenden Halswirbel angefangen einen hellen, vollen Ton, der von dem 5.—6. Brustwirbel abwärts allmählich in einen dumpferen übergeht. Am häufigsten tritt die Wirbelsäulendämpfung bei der Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen des Kindesalters im Bereiche des 1.—5. Brustwirbels auf. Die Dämpfung auf dem 1.—4. Brustwirbel entspricht der trachealen Lymphdrüsenkette. Die Dämpfung auf dem 4.—5. (bei älteren Kindern auch auf dem 6. Brustwirbel) der Vergrösserung der Bifurkationsdrüse. Ludwig F. Meyer, Berlin.

568. **Offergeld, Metastatische Perityphlitis nach Angina.** *Bericht des Ärztl. Vereins in Frankfurt a. M. Deutsche med. Wochschr. 1909. Nr. 42.*

In einem Falle konnte Offergeld die gleichen Streptokokken in Tonsillen, Gefässen des Mesenteriums und perivaskulären Lymphräumen nachweisen. Ernste Prognose dieser Erkrankung.

Hirsch, Magdeburg.

569. **Sauvan, A., Marseille, Hérédo-Syphilis tardive. Vaste ulcération de la face. Lues hereditaria tarda. (Ausgedehnte Ulzeration des Gesichts.** *Le larynx. Nov.—Dez. 1909.*

Der Fall wurde während 7 Jahre beobachtet. Zuerst eine Perforation am weichen Gaumen; dann wurde die Oberlippe zerstört, die Nasenbasis, die Stirne, die Unterlippe, ein Teil der Wangen werden nach und nach von dem Prozess zerfressen. Endlich (1909) hatte Patient keine Nase mehr; durch das klaffende Loch sah man die Lamina cribrosa des Siebbeins, und die Mündungen der beiden Tubae Eustachi; der Oberkiefer war auch teilweise zerstört usw.

Das Interessante des Falles ist der äusserst bösartige Charakter der Lues sowie die sehr geringe Wirkung einer intensiven antiluetischen Behandlung. Menier.

570. **Schilling, Theodor, Die Behandlung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas durch Röntgenstrahlen.** *Bericht des Ärztl. Vereins in Nürnberg. Deutsche med. Wchschr. 1909. Nr. 42.*

Schilling berichtet über günstige Erfolge des Verfahrens. In 50 teilweise sehr schweren Fällen waren zu verzeichnen Heilung in 25 %, wesentliche monatelange Besserung in 50 %, keine Beeinflussung in 25 %. Kinder weisen die besten Erfolge auf. Hirsch, Magdeburg.

571. **Schröder, Berlin, Über Anwendungsweise zahnärztlicher Prothetik im Bereich des Gesichts.** *Deutsche med. Wochschr. 1909. Nr. 50.*

Verf. gibt eine Übersicht über die chirurgischen und orthopädischen resp. orthodontischen Methoden zum Verschluss von erworbenen und an-

geborenen Defekten des harten und weichen Gaumens, der Nase, der Gesichtsmaske und des Unterkiefers. Hirsch, Magdeburg.

572. **de Villa, Rom, Contributo allo studio della produzione sottolinguale con speciale riguardo all' eosinofilia. (Beitrag zum Studium der Rigaschen Krankheit und insbesondere der Eosinophilie.** *Gazzetta degli ospedali. 26. Dez. 1909.*

In Schnitten bei zwei Fällen, fand Verf. keine eosinophilen weissen Blutkörperchen; in einigen Fällen (Frizzoni, Meynier, Comba usw.) hatte man solche beobachtet. Menier.

573. **Zamenhof, Ein Fall von akuter idiopathischer Osteomyelitis des Oberkiefers.** *Medycyna i kronika lekarska. 1909. Nr. 23.*

Bei einem 3 Jahre alten Knaben trat ohne bekannte Ursache eine Schwellung der rechten Wange auf. Die Untersuchung ergab Nekrose des Alveolarvorsatzes der rechten Hälfte des Oberkiefers. Der Sequester wurde entfernt, es trat bald Heilung ein. Die rechte Highmorshöhle war ntakt. Wieser, Lemberg.

III. Literaturverzeichnis.

Allgemeines. Geschichte.

Addison and **Hett, Leccombe,** London, Glanders in man with reference to an unusual type affecting the upper respiratory tract. *Lancet. Oct. 23. 1909.*

Benham, Hove, Further researches into the bacteriology and vaccine therapy of common colds. *Brit. med. Journ. Nov. 6. 1909.*

Frankenberger, O., Die Verbreitung des Skleroms in Böhmen. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Alt, Eberhardt und **Jäger,** Ilmenau, Inhalations-Apparat, Aseptischer. *Therap. Rundschau. III. Jahrg. 1909. Nr. 47.*

Myles, Robert C., Pathology and treatment of recurrent quinsy. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. Oct. 1909.*

Peacock, Oxford, Pneumococcus invasion of the throat. *Brit. med. Journ. Oct. 30. 1909.*

Massei, La syphilis et les tumeurs de mauvaise nature de la gorge. (Lues und bösartige Geschwülste am Hals.) *Archives internat. de laryngologie. Sept.-Okt. 1909.*

Wischmann, Höisyke. (Heufieber.) *Tidsskr. f. d. norske lægeforening. Nr. 22. 1909.*

Nase und Nebenhöhlen.

Baumgarten, Budapest, Über die Frühformen der Ozäna. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Bell, Tawse, London, Some complications and dangers of nasal surgery. *Lancet. Nov. 27. 1909.*

Berliner, Zur Therapie des Stickhustens. Eine Behandlung mit Chininsalbe auf dem Wege durch die Nase. *Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 7. S. 360.*

Binswanger, H., Augsburg, Referat über einen Fall von angeborener einseitiger Choanalatresie. *Wiener klin. Wochenschr. 1910. 5.*

Bishop, C. W., Minneapolis, An instrument which facilitates the removal of the external nasal wall. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 11. 1909. Nov.*

Bourguet, Sinusite maxillaire chronique réchauffée à la suite d'une furonculose de la lèvre supérieure et d'un abcès sous-jugal consécutif; Caldwell-Luc sous anesthésie locale. *Rev. hebd. de lar. 1909. Nr. 44.*

Rresgen, Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppelnadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Teil auch als vollwertiger Ersatz des elektrischen Brenners. *Wiener med. Wochenschr. 1909. Nr. 43.*

Breyre, Liège, Sinusite frontale subaiguë. *Gazette medicale Belge. Nr. 20. 1908.*

Bruzzone, Polipi sanguinanti del setto nasale. (Blutende Polypen der Nasenscheidewand.) *Archivio ital. di otologia etc. 1909. Nr. 6.*

Bucklin, Ch. A., Operationen bei Sinuseiterungen. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Butt, William R., Philadelphia, Unusual case of chronic antral suppuration. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 11. 1909. Nov.*

Delsaux, Bruxelles, Cinq cas de tumeurs des cavités annexielles du nez. *Société belge d'oto-laryngologie. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 1. Janvier 1909.*

Derselbe, Méningite purulente d'origine nasale. *Société belge d'oto-laryngologie. Juin 1909. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 7. 1909.*

Dewatripont, L., Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales. *Rev. hebd. de lar. 1909. Nr. 41 u. 46.*

Foy, Robert, L'imperméabilité fonctionnelle nasale; son traitement par la rééducation. *Rev. hebd. de lar. 1909. Nr. 48.*

Freudenthal, W., New York, Die intrakraniellen Komplikationen nasalen Ursprungs. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Gámán, B. von, Kolorsvár, Septumluxation, mit Elektrolyse geheilt. *Orvosi Hetilap. Nr. 34. 1909.*

Derselbe, Rhinolith. *Orvosi Hetilap. Nr. 34. 1909.*

Goldzieher, M. und **Neuber, E.,** Budapest, Untersuchungen über Rhinosklerom. *Orvosi Hetilap. 1909. Nr. 27 u. 28.*

Greenfield Sluder, St. Louis, A modified Mikulicz operation; whereby the entire lower turbinate is saved in intra-nasal operations on the antrum of Highmore; with presentation of a patient. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Halasz, H., Miskolcz, Beitrag zu den durch Keilbeinhöhlentumoren verursachten Veränderungen des Auges. *Budapesti orvosi ujság. Nr. 37. 1909.*

Hays, Harold, New York City, Septicemia following submucous resection of the nasal septum; one death; one recovery. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Dec.*

Hicquet, G., Les malformations nasales et leur traitement chirurgical. *Annales de la Société médico-chirurgicale de Brabant. Nr. 8. 1909.*

Ingersoll, J. M., Cleveland, The nose and nasopharynx in infants and young children. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Labouré, Amiens, Ethmoïdite chronique et polypes infectés des fosses nasales. Cure radicale par l'ethmoïdectomie totale (Procédé de Moure et Sébileau). (Chronisches Empyem der Siebbeinzellen und infizierte Polypen des Nasenraumes. Radikale Heilung durch die totale Ethmoidektomie [Moures und Sébileaus Verfahren].) *Archives internat. de laryng. Jan.-Febr. 1910.*

Landau, Wien, Demonstration eines 7jährigen Mädchens mit Granulosis rubra nasi. *Wiener klin. Wochenschr. 1910. 10.*

Leland, G. A., Boston, Nasal and naso-pharyngeal conditions as causative factors in aural disease. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 10. 1909. Oct.*

Pierce, Norval H., Chicago, Nasal and naso-pharyngeal conditions as causative factors in aural disease. *Daselbst.*

Kyle, Braden D., Philadelphia, Nasal and naso-pharyngeal conditions as causative factors in aural disease. *Daselbst.*

Lannois, M., Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes muqueux du nez. *Rev. hébd. de lar. 1909. Nr. 42.*

Manwaring-White, Northwich, Sinusitis occurring as a concomitant complication of influenza. *Lancet. Nov. 6. 1909.*

Marx, Hermann, Über das Adenom der Nase. *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde etc. LX. Bd. 1. u. 2. Heft.*

Onodi, A., Budapest, Über die chirurgische Behandlung der Tuberkulose der Nasenscheidewand. *Orvosi Hetilap. Nr. 35. 1909.*

Derselbe, The oculo-orbital, intracranial and cerebral complications of diseases of the nasal accessory sinuses. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 11. 1909. Nov.*

Piffl, Prag, Demonstration einer 18jährigen Kranken mit kongenitaler Atresie der rechten Choane. *Wiener klin. Wochenschr. 1910. 10.*

Reardon, T. J., Boston, Staphylococcus rhinitis as a cause of folliculitis exculcerans serpiginosa nasi. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Reik, J. N., The present status of surgical treatment of chronic suppurative disease of the nasal and of the aural cellular spaces — a comparison. *The laryngoscope. XIX. Nr. 11. 1909. Nov.*

Rydigier, L., Lemberg, Demonstration einer Kranken nach Rhinoplastik. *Wiener klin. Wochenschr. 5. 1910.*

Shiga, Tokio, Ein neues selbsthaltendes Nasenspekulum. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Sobernheim, Berlin, Ozäna und Syphilis. Neue Beobachtung. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Sonnenschein, Königsberg, Ein langdauernder Fall von Sarcoma nasi. *Arch f. Laryng. XXII. H. 3.*

Tóvölgyi, E., Budapest, Nach zweimaliger Operation zum dritten Male rezidivierender Fall von Stirnhöhlenempyem. *Orvosi Hetilap. Nr. 44. 1909.*

Vanderhoof, Don A., Rockford, Lupus of the nose. *The Laryngoscope XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Vaquier, Tunis, Sangsue dans la fosse nasale. Tolérance de la muqueuse. Blutegel in der Nasenhöhle. Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut. *Archives internat. de laryngologie. Januar-Februar. 1910.*

Wildenberg, van den, Anvers, Sinusite frontale double compliquée d'ethmoido-sphenoïdite en une seule séance. *Anvers Médical. Nr. 1. 1908.*

Derselbe, Abcès du cerveau d'origine nasale. *Société belge d'oto-laryngologie. Juin. 1909. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 7. 1909.*

Derselbe, Un cas d'ostéomyélite cranienne d'origine sinusienne avec abcès cérébral rhinogène. Ein Fall von Osteomyelitis des Schädels von der Stirnhöhle ausgehend mit rhinogenem Hirnabzess. *Archiv. internat. de Laryngologie-d'otologie u.s.w. November-Dezember. 1909.*

Worthington, T. C., Baltimore, The intra-nasal frontal sinus operation; the accessibility of the sinus and the prognosis of the operation. *The Laryngoscope XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Rachen.

Blegvad, N. Rh., Om Operation for adenoide Vegetationer. *Hospitalstidende. Nr. 42. 1909. S. 1341.*

Broeckaert, A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle. *Rev. hebdom. de laryng. 1909. Nr. 49.*

Calhoun, E. P., Atlanta, The report of the removal of two pharyngeal tumors (fibroma and lymphoma) with the ligation of the external carotid in one case. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Canelejo é Iriarte, Estudio anatomo-clinico de los abcesos retrofaringeos y láterofaringeos. Die retro- und lateropharyngealen Abszesse. Eine anatomisch-klinische Studie. *Inangural-Dissertation. Madrid. 1909.*

Ceci, Tumore faringeo e parotideo. Tumoren des Pharynx und der Parotisdrüse. *Gazzetta degli Ospedali. 16. Januar 1910.*

Citelli, Catania, Ipofisi faringea nei bambini. Rapporti colla tonsilla faringea e coll' ipofisi centrale. (Hypophysis pharyngea bei Kindern, Beziehungen derselben zur Rachentonsille und der Hypophysis cerebri.) *Bolletino delle Malattie dell'orecchio etc. 1909. Nr. 11.*

Coleman, London, Papillomata of the Uvula. *Proc Roy. Soc. Med. Vol. III. No. 1.*

Escat, Indikationen des nasalen oder des transfazialen Weges für die Abtragung der Fibrome des Nasenrachenraums. *Archives internat. de Laryngologie. September-Oktober. 1909.*

Gaudier, H., Evolution intra-cranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens. *Rev. hébd. de Laryng. 1909. No. 43.*

Lange, Viktor, Nogle faa Bemaerkninger om Operation af adenoide Vegetationer med Angivelse af en Ringkniv med Fangapparat (Operation von adenoiden Vegetationen; Angabe eines Ringmessers mit Fangapparat). *Hospitalstidende Nr. 31. 1909. S. 974.*

Marcelli, Sordomutismo e Vegetazioni adenoidi (Taubstummheit und adenoide Vegetationen). *La pratica otorino-laringoiatr. 1909. Nr. 5.*

Mathieson, Leith, Streptococcal infection in diphtheria. Observations in 80 consecutive cases. *Lancet. Nov. 20. 1909.*

Stein, V., Saxtorph, Operationer paa ganetonsillerne. (Operationen an den Gaumentonsillen. — Übersicht.) *Dansk Klinik. Nr. 5. 1909. S. 136.*

Stirling, A. W., The tonsil an the styloid process. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Tonsillenschnürer (neues verbessertes Modell) nach Farlow-Boettcher. *Med. Klinik. 1909. 45.*

Vargas, Cálculo de la amigdala. (Mandelstein.) *Rev. de med. y cirug. pract. de Madrid. Nr. 1065 v. 7. 3. 1909.*

Winslow, John R., A case of primary tuberculosis of the fauces, posterior pharynx and palatal and lingual tonsils, cured by tuberculin injection. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. 1909. Oct.*

Kehlkopf.

Aka, P., Sténose syphilitique du larynx, dilatation par les voies naturelles, guérison. *Rev. hébd. de lar. 1909. Nr. 52.*

Barth, E., Bemerkungen zu Scheier, „Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme.“ *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Baumgarten, E., Budapest, Über die operative Behandlung der Stimmlippenverdickung. *Orvosi Hetilap. Nr. 37. 1909.*

Beco, Liège, Présentation de malades laryngotrachéotomisés pour papillomes. *Société belge d'oto-laryngologie. Juin 1909. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 7. 1909.*

Boros, J., Szeged, Mittels Laryngofission geheilte Fälle von Kehlkopfpapillom. *Orvosi Hetilap. Nr. 38. 1909.*

Derselbe, Mittels Plastik geheilte Fälle von postdiphtheritischer Trachealstenose. *Orvosi Hetilap. Nr. 38. 1909.*

Browne, R. H. J., A case of tertiary syphilis terminating in sudden death from abductor paralysis of the vocal cords. *Lancet. Nov. 6. 1909.*

Bruck, Alfred, Isolierte „rheumatische“ Entzündung des Crico-arytänoidalgelenks. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Constantin, Seismotherapeutische Behandlung gewisser Kehlkopfsaffektionen. *Archives internat. de Laryngologie. Sept.-Okt. 1909.*

Delavan, D. Bryson, New York, On the treatment of cicatricial stenosis of the larynx by the methods of O'Dwyer and Rogers. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 11. 1909. Nov.*

Derselbe, On the treatment of cicatricial stenosis of the larynx by the methods of O'Dwyer and Rogers. *Journ. of Laryng. XXIV. Nr. 11. 1909. Nov.*

Delsaux, Bruxelles, Malade laryngostomisé pour rétrécissement cicatriciel sous-glottique guéri depuis plus d'un an. *Société belge d'oto-laryngologie. Juin 1909. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 7. 1909.*

Don Mansfeld, Über Knorpelgeschwülste des Kehlkopfs nebst Mitteilung eines Falles von Chondroma myxomatodes. *Arch f. Laryng. XXII. H. 3.*

Erdélyi, J., Szeged, Über die retrograde Dilatation von Kehlkopfstenosen, welche nach Intubations-Dekubitalgeschwüren entstanden sind. *Orvosi Hetilap. Nr. 44. 1909.*

Fournier, G., Contribution à l'étude de la dilatation caoutchoutée dans la laryngostomie. *Rev. hébd. de lar. 1909. Nr. 41.*

Goris, Bruxelles, Cure radicale de polypes diffus du larynx. *Société belge d'oto-laryngologie. Juin 1909. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 7. 1909.*

Johnson, Richard H., Baltimore, Direct Laryngoscopy in diagnosis and treatment of papillomata of the larynx. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 11. 1909. Nov.*

Landström, J., Ett fall af total exstirpation af svalg och struphufvud för sarkom. (Fall von Totalexstirpation des Schlundes und des Kehlkopfes wegen Sarkom). *Svenska läkaresällsk. forh. S. 411. 1909. (in „Hygiea").*

Landwehrmann, Ecchondrose am Giessbeckenknorpel. *Zeitschr. für Ohrenheilkunde etc. LIX. Bd. 4. H.*

Low, Stuart, London, Thyreoidectomy and a theory of cancer causation. *Lancet, Oct. 16. 1909.*

Máchánszky, L., Szeged, Geheilter Fall von ringförmiger Tracheal- und Kehlkopfnaht. *Orvosi Hetilap Nr. 41. 1909.*

Massei, La sifilide ed i tumori maligni della goln (Syphilis nnd maligne Tumoren des Kehlkopfs). *Archiv ital. di Laryngologie. 1909. Nr. 4.*

Mosher, Harris Peyton, Boston, Direct intubation of the larynx. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 10. 1909. Oct.*

Nyrop, C., Lange, Victor, En Larynxtang (Eine neue Kehlkopfzange). *Hospitalstidende Nr. 31. 1909. S 976.*

Pick, Prag, Demonstration von Medianstellung beider Stimmbänder an der Leiche bei Posticuslähmung. *Wiener klin. Wochenschr. 10. 1910.*

Rancoule, G., Hémorragie du larynx au cours d'une cirrhose hypertrophique alcoolique. *Rev. hébdom. de lar. 1909. Nr. 49.*

Scheier, Max, Über einseitige Stimmbanderkrankung. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Derselbe, Erwiderung auf E. Barths Bemerkungen. *Arch. f. Laryng. XXII. H. 3.*

Tapia, Laringuectomia parcial. (Partielle Larynxektomie). *Academia medico-quirúrgica española. Sitzung v. 25. 1. 1909. ref. in Rev. de Med. y Cirurg. pract. de Madrid. Nr. 1065. v. 7. 3. 1909.*

Uchermann, V., Den kirurgiske behandling af de laryngo-tracheale Stenoser. *Norsk magasin for lägevidenskahen nr. 10. 1909. S. 913.*

Vedova della, Considerazioni e contributi per la cura radicale delle stenosi laringee. Betrachtungen, nebst Beiträgen über die Radikalbehandlung der chronischen Larynxstenosen. *Il Policlinico. Sept. 1909.*

Winslow, J. R., Baltimore. Report of cases illustrating our progress in the surgical treatment of chronic stenosis of the larynx and Trachea. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 10. 1909. Oct.*

Wildenberg, Van den, Anvers. Tracheo-laryngostomie pour papillomes trachéolaryngiens et rétrécissement. Guérison. *Société belge d'oto-laryngologie. Juin. 1909. Presse oto-laryngologique belge. Nr. 7. 1909.*

Trachea. Bronchien. Ösophagus.

Botella, Pito de caña alojado en el bronquio izquierdo, extraido por broncoscopia. (Rohrpfeife im linken Bronchus, Extraktion durch Bronchoskopie.) *Real Academia de Medicina de Madrid. Sitzung vom 6. 2. 1909. ref. in Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid Nr. 1065. v. 7. 3. 1909.*

Botey, Dos casos de cuerpo extraño bronquial. (2 Fälle von Fremdkörpern im Bronchus). *Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid Nr. 1068. v. 28. 3. 1909.*

Brun et Molinié, Corps étranger de la bronche droite (tube de verre). — Bronchoscopie. — Extraction. — Guérison. Fremdkörper des rechten Bronchus (Glasrohr). Bronchoskopie. Entfernung. Heilung. *Le Larynx. September-Oktober. 1909.*

Carpenter, London, Compression of the Trachea by an enlarged Thymus. *Proc. Roy. Soc. Med. vol. III. part. 2.*

Darcourt, Corps étranger d'oesophage (Dentier). — Radioscopie. — (Oesophagoscopie. — Extraction. — Guérison. Fremdkörper im Ösophagus (Gebiss). Radioskopie-Ösophagoskopie. Heilung. *Le Larynx. Sept.-Okt. 1909.*

Gebhardt, F. v., Budapest, Untersuchungen über die Funktion der Flimmerepithelsauskleidung der Luftröhre. *Budapesti orvosi ujsàg. Nr. 41. 1909.*

Hoffmann, Rud., Thyreoidea accessoria intratrachealis. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde etc. LIX. Bd. 4. H.*

Jackson, Chevalier, Pittsburg, Voluntary aspiration of a foreign body into the bronchi, removal by bronchoscopy. *The Laryngoscope. XIX. Nr. 12. Oct. 1909.*

Johnston, Richard H., Quelques cas oesophagiens. *Rev. hébd. de lar. 1909. Nr. 72.*

Lozano, Dentadura artificial en el esófago. Gebiss im Ösophagus. *La Clinica Moderne. Juni. 1909.*

Mellam, Brighton, Meat bone in Lung, Recovery. *Brit. Jan.-Oct. 16. H. 1909.*

Jackson, Chevalier, Pittsburg, The surgery of the esophagus, laryngologically considered. *The Laryngoscop. XIX. Nr. 10. Okt. 1909.*

Mosher, Harris Peyton, Boston, Three esophageal cases. *The Laryng. XIX. Nr. 10. 1909. Oct.*

Muckleston, Harold S., Montreal, On so-called „Multiple Osteomata" of the tracheal mucous membrane. *The Laryngoscope XIX. Nr. 12. Oct.-Dec. 1909.*

Pick, F., Prag, Fall von Tracheosklerom bei einem jungen Mann. *Wien. klin. Wochenschr. 1. 1910.*

Schnell et Molinié, Corps étranger de la trachée (haricot) bronchoscopie. — Extraction. — Guérison. Fremdkörper der Trachea (Bohne). Bronchoskopie. Entfernung. Heilung. *Le Larynx. Sept. Oktob. 1909.*

Tovölgye, E., Budapest, Über vereinfachte tracheale Inspektionen in der Landespraxis. *Orvosok lapja. Nr. 52. 1909.*

Zwillinger, H., Budapest, Mittels Röntgenstrahlen geheilter Fall von skleromatöser Luftröhrenstenose. *Orvosi Hetilap. Nr. 50. 1909.*

Mundhöhle.

Dollinger, B., Budapest, Die Kuhnsche perorale Intubation bei der Entfernung von Geschwülsten der Mundhöhle. *Orvosi Hetilap. Nr. 46. 1909.*

Fuchs, Wien, Demonstration eines 18jährigen Mädchens mit Hemispasmus glossolabialis. *Wien. klin. Wochenschr. Nr. 50. 1909.*

Königstein, Wien, Demonstration von Ulcus tuberculosum an der Mundschleimhaut. *Wien. klin. Wochenschr. 10. 1910.*

Meurers, Zur Kasuistik der Zungenstruma. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde etc. LIX. Bd. 4. H.*

Winternitz, A., Budapest, Ringförmige Naht des Ductus Stenonianus wegen Speichelfistel. *Orvosi Hetilap Nr. 50. 1909.*

Grenzgebiete.

Abbruzzelli, Le paralisi post-difteriche cardiache. (Die postdiphtherischen Herzlähmungen). *La Pratica oto rinolaringoiatrica. 1909. Nr. 5.*

Baumgarten, E., Budapest, Fall von Malum perforans alae nasi. *Orvosi Hetilap. Nr. 51. 1909.*

Derselbe, Sehstörung infolge von Nasenleiden. *Orvosi Hetilap. Nr. 51. 1909.*

Denker, Alfred, Schilddrüse und Gehörorgan. *Verhandlungen der Deutsch. Otolog. Gesellschaft. Band XVIII. S. 141. bei Fischer. Jena. 1909.*

Fraschini, F., Gozzo retrosternale. Retrosternaler Kropf. *Gazzette degli ospedali. 5. September 1909.*

Freund, Ernst, Über orale pulsatorische Exspiration. *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXXIX. 1.—2. H. 1909. S. 91.*

Kirmisson, Fistules congénitales du cou. Angeborene Halsfisteln. *Journ. des Praticiens. 20. Oktober 1909.*

Newman, Some note of a severe case of exophthalmic goitre in which treatment by X-Rays and sour milk appeared to be beneficial. *Lancet. Nov. 27. 1909.*

Popper, E., Wien, Demonstration eines Mädchens mit Morbus Basedowii hervorgerufen durch einen vor 1½ Monaten überstandenen heftigen Schrecken. *Wien. klin. Wochenschr. 6. 1910.*

Stefanini, I recenti studi sulle vocali. Neuere Untersuchungen über die Vokale. *Archivio ital. di Otologia etc. 1909. Nr. 5.*

Steinhardt, Ignaz, Zur Pathologie und Therapie des Stotterns. *Deutsche Ärzte-Zeitung. Jahrg. 1910. H. 1. S. 1.*

Thooris, A., Quelques considérations sur la respiration diaphragmatique basées sur les recherches graphiques et radioscopiques. *Rev. hébd. de laryng. 1909. Nr. 45.*

IV. Bücherbesprechungen.

W. Brünings, Die direkte Laryngoskopie, Bronchoskopie und Ösophagoskopie. Ein Handbuch für die Technik der direkten, okularen Methoden. *Verlag von J. F. Bergmann, 1910, 405 S.*

Die Besprechung des bereits früher erschienenen ersten Teiles (s. S. 189, Bd. II dieser Zeitschrift) beschloss ich mit den Worten: „Wir hoffen, dass diesem I. Bande, der nur einen Teil eines grösseren Werkes darstellt, bald die übrigen folgen mögen, damit unsere sonst so produktive Literatur auch auf diesem Gebiete bald autoritativ vertreten ist.“ Diese Hoffnung hat sich nun in dem vorliegenden gesamten Werke restlos erfüllt. Das ist natürlich, — denn kein anderer hatte grösseren Beruf zu solcher Arbeit als Brünings —; man muss dies aber trotzdem besonders konstatieren, weil es vielleicht doch den einen oder andern Nörgler, im In- und Auslande, geben könnte, den die Lorbeeren Brünings nicht zur Ruhe kommen lassen wollen. Und doch hat keiner mehr zur Popularisierung dieser von Killian inaugurierten Untersuchungsmethoden, deren letzte Leistungsfähigkeit für Diagnose und Therapie der Krankheiten der Atmungswege wir noch gar nicht kennen, — ich erinnere nur an den Killianschen Vortrag „Bronchoskopie und Lungenchirurgie“ auf der 12. Heidelberger Versammlung[1]) — beigetragen als Brünings.

Was den Inhalt des Werkes selbst betrifft, so ist zunächst zu konstatieren, dass seit dem Erscheinen der ersten, oben zitierten Publikation eine wichtige Veränderung am Instrumentarium vorgenommen wurde, die gleichzeitig wiederum eine Vereinfachung desselben ermöglichte. An seinem alten Elektroskop hat Brünings, angeregt durch Kahler in Wien, eine Gabelung vornehmen lassen derart, dass dieser neue geteilte Spiegel beim bronchoskopischen Arbeiten mit den Zangen von der Länge vollständig unabhängig macht. An Stelle der verlängerbaren Zangen empfiehlt Brünings daher zwei nicht verlängerbare neuesten Modells.

Der II. Hauptteil, Methodik überschrieben, gliedert sich in folgende Kapitel: 1. Endoskopische Propädeutik, 2. Lokalanästhesie, Narkose, Sauerstoffinhalation, 3. die direkte Laryngoskopie, 4. Trachea und Bronchien, 5. die direkte Tracheo-Bronchoskopie, 6. direkte Untersuchungen bei Kindern, und 7. die Ösophagoskopie. In diesen Kapiteln werden nun alle technischen Details aufs ausführlichste besprochen; es werden die besonderen, häufig wiederkehrenden Schwierigkeiten, Fehlerquellen und technischen Fehler besonders hervorgehoben, Indikation und Kontraindikation eines jeden Eingriffes genau präzisiert und überall werden die anatomischen und physiologischen Unterlagen einer genauen Nachprüfung unterzogen. Dabei geht nun Brünings vielfach seine eigenen Wege, und überall wird ihm der Leser mit grossem Interesse folgen.

In dem Kapitel über Lokalanästhesie z. B., dessen Lektüre auch denen empfohlen sei, die sich nicht mit den direkten Untersuchungsmethoden der oberen Atmungswege beschäftigen, gibt uns Brünings auf Grund exakter Untersuchungen genaue Vorschriften über Applikation und Dosierung des Kokains wenn auch hinsichtlich der Bewertung des Kokainsprayversuches, besonders was die definitive Berechnung der resorbierten Menge betrifft, mancher Einwand möglich wäre. Die Kapitel über Narkose und Sauerstoff-Inhalation sind für jeden, der sich mit klinischer Medizin beschäftigt, geschrieben.

Ich wüsste in der heutigen Literatur kein Werk, welches über die Trachea und den Bronchialbaum in anatomischer und physiologischer Beziehung eine nach

[1]) Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1905, S. 150.

Form und Inhalt gleichwertige Darstellung gibt. Auch hier sehen wir, wie sich der Autor in mühsamer, anatomischer Vorarbeit den Trachealbronchialbaum ohne Störung der natürlichen Formverhältnisse röntgenographisch darstellbar macht und die herrlichen Tafeln — orthographische Fernaufnahme des normalen Bronchialbaumes (Fig. 72), Ortho-Stereogramm des Bronchialbaumes (Fig. 73), orthographische Fernaufnahme (Tuberkulose der interbifurkalen Drüsen (Fig. 74) und orthographische Fernaufnahme (Kaverne des rechten Oberlappens, spindelförmige Erweiterung der Trachea (Fig. 75) — illustrieren nicht nur die Angaben der Aufteilung der beiden Hauptbronchien aufs schönste, sondern sie geben uns einen Begriff von der hochentwickelten Technik des Autors auch auf röntgenologischem Gebiet. Interessant sind die auf diese Art gewonnenen Ergebnisse über die Lage der Bifurkation zum Sternum, durch welche die bisherigen topographischen Feststellungen, dass die Bifurkation normalerweise in der Höhe des II. Rippenknorpels, bei Kindern des III., und rückwärts in der Höhe des IV. resp. V. Brustwirbels liege, dahin ergänzt werden, dass „die senkrechte Projektion der Teilungsstelle zwischen dem sternalen Ansatz der I. und III. Rippe schwanken kann.

Das nächste Kapitel, die direkte Tracheo-Bronchoskopie, zeigt uns unter anderm an anschaulichen schematischen Darstellungen den Unterschied zwischen Lumen- und Wandbildern, gibt uns Fingerzeige zu ihrer Beurteilung und bringt eine allgemeine Schilderung des Ganges der gesamten Untersuchung unter kritischer Erörterung der Frage: „untere oder obere Tracheo-Bronchoskopie."

Besonders erwähnen möchte ich noch die von Brünings erdachte Tracheographie und Bronchometrie, Methoden, die eine graphische Darstellung des Befundes auf die Körperoberfläche ermöglichen und dadurch geeignet sein können, in zweifelhaften Fällen dem Chirurgen den Ort des Eingriffes zu bestimmen, besonders da, wo auch das Röntgenbild versagt. Im Hinblick auf die besonderen anatomischen Verhältnisse und die besonderen Schwierigkeiten, welche die Untersuchung der Kinder bietet, hat der Verfasser diese Dinge in einem besonderen Kapitel behandelt, in dem er auch die besonderen, für die Kinderuntersuchung notwendigen Instrumente und deren Anwendung ausführlich beschreibt.

In derselben methodischen Weise wie die Tracheo-Bronchoskopie wird die Ösophagoskopie behandelt; auch hier ist die Darstellung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse — durch instruktive Autotypien glücklich ergänzt — besonders erwähnenswert. Dem Referenten ist dabei aufgefallen, dass Brünings auf S. 348 von der v. Eickenschen Hypopharyngoskopie spricht. Das scheint nicht ganz gerecht zu sein. Dieses Verfahren wurde zuerst von Blumenfeld ersonnen und fast gleichzeitig von Dreyfuss und Gerber, alle unabhängig voneinander publiziert, v. Eicken hat später das Verfahren Blumenfelds modifiziert, was bereits auf S. 195 des II. Bandes dieser Zeitschrift korrigiert ist. Wer ganz gerecht ist, müsste also die vier genannten Namen zitieren; vielleicht tut es das Wort Hypopharyngoskopie allein; spricht man heute noch von der Türck-Czermakschen Laryngoskopie? Jedoch dies nur nebenbei.

Es würde den Rahmen einer Besprechung weit überschreiten, wollten wir auf die vielen technischen Einzelheiten eingehen, zumal es sich hier nicht um eine Kritik handeln kann; denn unsere Erfahrungen basieren doch alle mehr weniger auf Killian-Brüningsscher Schule; ich möchte sogar als grossen Vorzug des Werkes den Umstand betonen, dass der schärfste Kritiker aller, auch seiner eigenen Methoden, Brünings selbst ist. Das merkt der aufmerksame Leser auf jeder Seite des Buches.

Habent fata sua libelli. Dieses Buch wird ein Schicksal haben, wie es nur den besten Werken beschieden ist. Katz, Kaiserslautern.

Gustav Spiess, Frankfurt a. M., Die Röntgenuntersuchung der oberen Luftwege. (Aus dem Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medizin, von Dr. Franz M. Groedel, Bad Nauheim), *München J. F. Lehmanns Verlag 1909.*

Nachdrücklichst möchte ich mit diesen Zeilen die Spezialkollegen auf obengenannte Arbeit hinweisen, die als Teil des bekannten Groedelschen Atlas erschienen ist. Was theoretisch überhaupt aus Büchern zu entnehmen ist, wird derjenige, der sich für dieses Gebiet interessiert, hier finden; überall finden sich kurze, dabei doch präzise Hinweise betreffs Technik, besonders für die jeweils geeigneten Durchmesser für die Durchleuchtung der einzelnen Organe, angegeben. Sehr instruktiv sind die Erklärungen zur richtigen Deutung der Röntgenbilder; dabei verweise ich vor allen Dingen auf Tafel I, 1. Diese stellt die Aufnahme eines mazerierten, sagittal durchsägten Schädels dar, in dessen Knochenkanäle Metallsonden und Bleidrähte eingeführt waren und dessen Nebenhöhlen mit Bleikügelchen ausgefüllt wurden. Und nun schildert Spiess in geradezu musterhafter Weise, was an dieser Normalaufnahme alles zu sehen ist. Sodann schildert Verfasser die Bedeutung der Röntgendiagnostik für die Fremdkörper in der Nase und vor allem für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. Hier möchte Referent vor allem aus eigener Erfahrung dem Autor beipflichten, wenn er vor Überschätzung der Röntgenuntersuchung warnt und sie nur als vollwertiges, mit den übrigen Untersuchungsmethoden gleichwertiges Diagnostikum gelten lassen will. Auch dieses Kapitel wird durch technische Angaben, die der Verfasser genau erprobt, glücklich ergänzt.

In gleicher Weise behandelt nun Spiess Mund-, Rachenhöhle und Kehlkopf. Was diese Kapitel besonders interessant gestaltet, das sind die physiologischen Studien des Autors über Sprach- und Lautbildung, über die Physiologie des Schlingaktes und über die Artikulation; dass die beigegebenen Tafeln hervorragend sind, dafür bürgt der bekannte Lehmannsche Verlag.

Mögen diese Zeilen Veranlassung geben, dass die Spiesssche Arbeit, die sicher zu dem besten gehört, was auf diesem Gebiet in unserer Spezialwissenschaft geleistet worden ist, die ihr gebührende Beachtung erhält.

Katz, Kaiserlautern.

Dr. Carl Zarniko, Hamburg, die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. *Dritte neu bearbeitete Auflage mit 166 Abbildungen und 5 Tafeln, Berlin 1910, Verlag von S. Karger, Karlstr. 15.*

Wollte eine spätere Zeit sich einmal über den Stand der rhinologischen Wissenschaft zu Anfang des 20. Jahrhunderts orientieren und sie hätte dazu keine anderen Hilfsmittel zur Verfügung als das Lehrbuch von Zarniko in seiner gegenwärtigen Gestalt, — sie würde sich in umfassendster nnd erschöpfendster Weise darüber belehren können. Denn was einige wenige gute Köpfe, einige Dutzend klarer Augen und einige Hunderte geschickter Hände in den letzten 50 Jahren in dieser Wissenschaft geleistet — hier ist es in vollendeter Weise zusammengefasst und dargestellt, und ein Lehrbuch von unerreichter Gründlichkeit und unübertrefflicher Klarheit zugleich liegt vor.

Von seiner ersten Auflage an habe ich es als eines der besten unserer Wissenschaft angesehen und meinen Hörern und Schülern empfohlen. Inzwischen ist es aber — dem stolzen Aufschwung der Rhinologie Schritt um Schritt getreulich und gewissenhaft folgend — zu einem Werke herangewachsen, das mehr gibt, als sein Titel verspricht. Nicht nur „die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens" schildert es, — sondern auch alles Wissenswerte über Anatomie, Physiologie und Pathologie des Organs, seine Beziehungen zu andern Organen und dem Gesamtorganismus, ja es streift, wo es angängig ist, ebenso anthropologisches und sonst allgemein interessantes und nicht nur Hovorka und Cloquet sondern auch Kant und Darwin erscheinen, und überall hat der Leser das Gefühl, das Gebiet an der Hand eines Führers zu durchstreifen, dem sein Fach mehr ist nicht nur wie die milchende Kuh, sondern auch mehr wie lediglich trockene Wissenschaft. So ist es nicht wunderbar, dass das Buch einen Umfang von 744 Seiten bekommen hat, und manchem wird das für ein rein rhinologisches Lehrbuch zu

viel erscheinen. Die klare Anordnung des Stoffes aber, die Übersichtlichkeit und der verschiedene Druck gestatten auch dem, der weniger intim ist mit der Rhinologie, sich nach Belieben schnell das herauszusuchen, wovon er gerade naschen will.

Von den beiden Hauptteilen, in die das Buch zerfällt, erscheint mir der erste, der die Propädeutik umfasst, besonders gelungen. Die Schilderung der verschiedenen Aufgaben des Organs ist ausgezeichnet, die allgemeinen Zusammenfassungen: „Übermässige Weite der Nase", Sprachstörungen, Gegenseitige Beziehungen etc. sind sehr geglückte Kapitel. Dass der Verfasser im Kapitel „Nase und Gehirn" nicht näher auf die rhinogenen Gehirnaffektionen eingegangen ist, halte ich nicht für richtig. In einem so umfangreichen Werke muss der Nasenarzt denn doch schon alles finden, dessen Kenntnis — nach des Verfassers eigenem Ausspruch — für ihn „unerlässlich" ist. Dafür könnten nach meiner Auffassung schon eher die vergleichend anatomischen Ausführungen (S. 45) fortfallen und vielleicht auch die über die Gerüche (S. 195) erheblich gekürzt werden. Körners ausgezeichnetes Buch, auf das Zarniko hinweist, enthält meines Wissens über die rhinogenen Komplikationen nichts, Bergmann, wie es zu jener Zeit nicht anders sein konnte, verschwindend wenig.

Aber auch der zweite Teil ist mit eingehender Liebe für den Gegenstand bearbeitet, die sich auf alles in gleicher Weise erstreckt, der nichts entgeht, das altbewährte wie das neuerprobte und die die Materie bis in ihre neuesten und modernsten Errungenschaften beherrscht, sowohl bezüglich der Untersuchungs- wie der Behandlungsmethoden, des Instrumentariums wie der Pharmakologie.

Dabei ist die grosse Objektivität des Verfassers äusserst wohltuend, der wohl empfiehlt und verwirft, aber doch nicht der unfehlbare Papst gläubiger Leser zu sein wünscht. Das zeigt sich deutlich z. B. bei der Schilderung der verschiedenen Operationsmethoden der Kieferhöhleneiterung. (Verf. wendet sich auch gegen das Wort „Sinusitis"; die Gründe aus denen ich auch die „Sinuitis" durch Antritis ersetzt wünsche, sind anderen Ortes auseinandergesetzt.) Und doch fehlt es keineswegs an Kritik einerseits, an besonnenem Abwägen und Abwarten andererseits. Dies lehren die Ausführungen über die — unter der missgeborenen Bezeichnung „Aprosexie" segelnden Erscheinungen, über die Reflexneurosen, über den Wert des Röntgenverfahrens in der Rhinologie u. a. m. Die Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit des Literaturnachweises, das 2431 Nummern bringt und des Registers ist über jedes Lob erhaben. Der bewährte Verlag, der gerade auch den Publikationen unseres Faches gern eine Heimstätte bietet, hat alles getan, um das Buch so auszustatten, wie sein Wert es verlangt.

Kein Arzt, der Zarnikos Werk nicht mit Vorteil studieren wird. Wahren Genuss aber wird gerade der haben, der das Fach schon nach allen Richtungen durchpflügt und durchackert hat. Wer dies Buch liesst, muss stolz auf die Rhinologie sein, die Rhinologie aber muss stolz auf dieses Buch sein. Gerber.

J. Garel, Diagnostic et traitement des maladies du nez. *3me éd., Paris, Vigot frères, 1910. — 458 S. — Preis 7 Frs.*

Garel beabsichtigte nicht, ein erschöpfendes Handbuch zu schreiben, sein Buch ist vielmehr durchaus „subjektiv", d. h. es beruht in erster Linie auf den eigenen Erfahrungen des Verfassers und den von ihm regelmässig ausgeübten oder doch selbst geprüften Methoden. Bücher dieser Art sind für den Lernenden die besten; denn sie geben ihm einen Kanon an die Hand, nach dem er sich richten kann, während ihn Bücher, die auf Vollständigkeit Anspruch machen können, leicht durch die Überfülle des Gebotenen in Verwirrung setzen. Garel beschränkt sich aber keineswegs ausschliesslich auf die Darstellung seiner persönlichen Ansichten, sondern, wo es ihm nötig erscheint, zieht er andere Autoren heran, wobei sich eine ganz bedeutende Belesenheit kundgibt. Es ist dankbar anzuerkennen, dass Garel auch die deutschen Autoren kennt und nach Gebühr zitiert. Nicht viele Franzosen werden unserer Literatur in gleicher Weise gerecht.

In sachlicher Beziehung steht das Buch auf der Höhe des Tages, auch die neuesten Ergebnisse und Methoden finden sich verzeichnet.

Im ersten, allgemeinen Teil bespricht Garel die Anatomie, die Rhinoskopie, die allgemeine Semiologie und Therapie. Bemerkenswert ist die Erwähnung von Hay's Pharyngoskop, einem dem Cystoskop nachgebildeten Instrument, mit welchem die hintere Rhinoskopie bei geschlossenem Munde vorgenommen werden kann. Ferner fällt Garels Vorliebe für die Glühschlinge auf, die er selbst an den hinteren Muschelenden und an der mittleren Muschel verwendet, wo sie von vielen perhorresziert wird. Bei vorsichtiger Anwendung sieht er keine Nachteile.

Die spezielle Pathologie und Therapie wird eingeteilt in akute, chronische, einfache und chronische infektiöse Rhinitis, Tumoren der Nase und des Rhinopharynx, Krankheiten des Septum, Krankheiten der Nebenhöhlen, Neurosen, Varia, (darunter Epistaxis, Fremdkörper, Dermatosen), endlich Frakturen und Deformationen. Ausführliche Besprechung finden u. a. die Paraffintechnik, die Röntgenmethode, die Operationen am Septum, auch die der vor-submukösen Periode usw. Die Einteilung erweist sich im allgemeinen als zweckmässig; einzelne Sonderbarkeiten, wie die Besprechung der adenoiden Vegetationen unter „Tumoren", die Trennung der Hypertrophien des Septum von der hypertrophischen Rhinitis etc. stören wenig. Dagegen wäre es zweckmässig gewesen, der Besprechung der Krankheiten der einzelnen Nebenhöhlen ein zusammenfassendes, allgemeines Kapitel vorauszuschicken. Dem Verständnis für den Aufbau der Nebenhöhlendiagnose wäre ein solches entschieden zuträglich gewesen. — Bei der Therapie der Stirnhöhleneiterung wird leider der Amputation des vorderen Muschelendes nicht gedacht. — Das Kapitel über den Zusammenhang von Augen- und Nasenkrankheiten hätte ausführlicher sein dürfen. — Die Untersuchung des Vestibulum nasi ohne Spekulum, sowie mit endonasalem Spiegel ist nicht beschrieben, was bei ihrer Wichtigkeit für die Lupus-Diagnose bedauert werden kann. — Bei der Ozäna wird die Deformation des Gesichtsschädels nicht in der Weise gewürdigt, wie wir es von deutschen Autoren gewohnt sind.

Wenn wir somit Einzelnes gern vollständiger sehen würden, so überwiegen doch die Vorzüge des Lehrbuchs bedeutend. Überall hören wir einen erfahrenen Praktiker, der sich von Messerscheu und Operationswut gleich weit entfernt hält, und der mit Überlegung und Sachkenntnis das Für und Wider abwägt. Die Disposition ist klar und sehr übersichtlich, — eine spezifisch französische Eigenschaft —, die Sprache einfach und leicht verständlich, so dass auch dem Nichtfranzosen die Lektüre Vergnügen bereitet. — 4 Tafeln und 145 Abbildungen erläutern den Text; die Ausstattung ist zweckmässig und würdig, ohne Luxus. Der Preis im Vergleich zu deutschen Werken erstaunlich billig.

Arthur Meyer, Berlin.

V. Gesellschafts- und Kongressberichte.

XVI. Internationaler medizinischer Kongress in Budapest 1909. XV. Sektion: Laryngologie, Rhinologie.

1. Sitzung am 30. August, vormittags.

Vorsitzende: v. Navratil, Killian.

Referate:

I. Semon (London). Beitrag zur Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Referent berichtet über jene Fälle aus seiner Praxis, welche ausserordentliche diagnostische Schwierigkeiten darboten oder einigemal zu Fehldiagnosen

führten. Unter 246 Fällen von Kehlkopfkrebs seiner 33 jährigen Praxis sind 13 hierhergehörige Fälle vorgekommen, welche besondere Erwähnung verdienen:

1. Bösartige Erkrankung des Kehlkopfes, zuerst als seltsame Verdickung der linken Stimmlippe erscheinend, welche 2 Jahre lang stationär blieb und erst dann ihre richtige Natur äusserte. 2. Chronische infektiöse Entzündung, welche eine bösartige Erkrankung des Kehlkopfes vortäuschte. 3. Blutaustritt in und unterhalb der linken Stimmlippe, bösartige Erkrankung des Kehlkopfes vortäuschend. 4. Kehlkopftuberkulose, bei welcher laryngoskopisch zwischen Krebs und Tuberkulose die Diagnose nicht entschieden werden konnte. 5. Kehlkopftuberkulose bei einem 70 Jahre alten Manne, bösartige Erkrankung vortäuschend. 6. Tuberkulöse Geschwulst in der vorderen Kommissur, bösartige Erkrankung vortäuschend. 7. Leukom der Stimmlippe, bösartige Erkrankung vortäuschend. 8. Epitheliom der linken Morgagnischen Tasche, im Anfange als Papillom betrachtet. 9. Epitheliom mit dem Aussehen von Angiom. 10. Papillom bei einem 60 Jahre alten Manne, die hintere Hälfte der rechten Stimmlippe und die innere Fläche des rechten Aryknorpels bedeckend, für bösartige Erkrankung gehalten. 11. Epitheliom in der Form eines schneeweissen scharf begrenzten Rasens. 12. Granulom auf einer nach Entfernung von Epitheliom der rechten Stimmlippe entstandenen Narbe. 13. Entzündetes Papillom, Epitheliom vortäuschend, bei einem 60 Jahre alten Manne.

II. Chiari (Wien). Die Therapie des Carcinoma laryngis.

Ref. bespricht die Prophylaxe, die kausale Therapie, die Behandlung mit Röntgenstrahlen und mit Radium, Ätzungen und Fulguration. Die intralaryngeale Ausrottung ist nur selten anwendbar, gibt aber dann 46 % Heilung, leider aber oft Rezidive. Die Thyreotomie ist angezeigt bei kleinem Krebs der Stimmlippe und Taschenfalte, ohne Störung der Beweglichkeit; ist oft anwendbar, gibt gewöhnlich 50 %, bei einzelnen Operateuren über 80 % Heilung, ist relativ ungefährlich und hat sehr gute funktionelle Resultate. Die Pharyngotomia subhyoidea ist in neuerer Zeit weniger gefährlich geworden, aber nur selten anwendbar. Die partielle und totale Laryngektomie haben in der neueren Zeit bessere Resultate als früher. Die einzige rationelle Behandlung des Kehlkopfkrebses ist jetzt die chirurgische. Die Pharyngotomia transhyoidea, mediana und lateralis sind nur selten angezeigt. Die besten allgemeinen Statistiken rühren von Sendziak her. Viel wertvoller sind die persönlichen Statistiken, von welchen leider nur wenige vorliegen. Referent bringt dieselben und darunter auch seine eigene, welche 41 Thyreotomien, 32 partielle und 9 totale Laryngektomien umfasst. Von Gluck liegt leider keine vollständige Statistik vor.

III. Gluck (Berlin). Die Diagnose und Behandlung des Larynxkarzinoms.

Ref. berichtet über die auf seiner Klinik mit Erfolg ausgeführten Operationen und der erzielten Sprachfunktion; demonstriert die Pharynxstimme und ferner den Sprachtypus mit neuen, von ihm ersonnenen Apparaten, bei denen den Patienten die Stimme geliefert wird durch die Tätigkeit von Blasebälgen, welche mit Handkurbeln betrieben wurden. Es handelt sich um kleine portative Vorrichtungen, die Patient sich umhängt und von denen aus ein Gummischlauch ausgeht, an dessen Ende sich die künstliche Stimme befindet. Es werden ferner drei Patienten demonstriert.

IV. Massei (Neapel). Die Syphilis und die bösartigen Kehlkopfgeschwülste.

Ref. berichtet über 8 Fälle, in welchen die Syphilis in Krebs überging. Er betrachtet die Syphilis als ein lokales Trauma, welches die Entwickelung einer Geschwulst, welche sich sonst vielleicht nicht gebildet hätte, begünstigt.

Vorträge:

Cisneros (Madrid). Erfolge der chirurgischen Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Zwillinger (Budapest). Über Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung.

Vortragender ist der Ansicht, dass die sog. Pachydermia laryngis und die Leukokeratose der Schleimhäute ihrem Wesen nach identische Prozesse sind. Vom anatomischen und klinischen Standpunkte ist die Verhornung des Epithels, Bildung einer mächtigen Hornschichte das hervorragendste Symptom des Krankheitsprozesses. Die diffuse und zirkumskripte Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut bildet, wenn auch verschieden ätiologischen Ursprunges, einen genügend begrenzten Symptomenkomplex.

Diskussion:

Thost (Hamburg). Auf die mikroskopische Diagnose sollte nicht immer so sicher gebaut werden. Die klinischen Symptome sind wichtiger. In der Nähe von Karzinomen degeneriert die Schleimhaut papillomatös, bei Probeexzision kann da leicht Irrtum entstehen. Auch an Mischinfektion, Karzinom mit Tuberkulose kombiniert, oder mit Lues ist zu denken.

Finder (Berlin) hält in sehr seltenen und mit Sorgfalt auszuwählenden Fällen die endolaryngeale Behandlung angebracht. In diesen Fällen kann man damit unter Umständen sehr günstige Resultate erzielen. Ein 76 jähriger Mann, den er vor 3 Jahren an Kehlkopfkarzinom endolaryngeal operiert hat, ist vollständig geheilt. Ein anderer Fall, welchen B. Fränkel vor 18 Jahren endolaryngeal operiert hat, hat nach diesem Zeitraume ein Rezidiv, wenn man so sagen darf, an genau derselben Stelle bekommen. Diesen Fall kann man füglich auch unter die Heilungen rechnen. Dann teilt er einen Parallelfall mit zu der von Sir. F. Semon mitgeteilten Granulationsbildung nach Laryngofisur. Bei einer wegen Kehlkopfkarzinom thyreotomierten Frau fand sich nach 3 Monaten ein bohnengrosser, glatter, den ganzen vorderen Kehlkopfteil einnehmender Tumor, der sich nach der endolaryngealen Entfernung als ein — zum Teil noch nicht organisierter — Granulationstumor herausstellte. Ferner macht er auf eine Gruppe von Fällen aufmerksam, die grosse diagnostische Schwierigkeiten machen und besonders mit Perichondritis verwechselt werden können. Es sind das Karzinome, die, unter der Schleimhaut des Sinus piriformis liegend, die eine Kehlkopfhälfte nach innen verdrängen. Es besteht Schwellung dieser Kehlkopfhälfte und Stillstand derselben bei der Phonation. Da nur diffuse Schwellung, aber keine Tumorbildung sichtbar ist, fällt die Probeexzision in Fortfall. Die mikroskopische Untersuchung der zur Probe entnommenen Stückchen stösst zuweilen auch auf grosse Schwierigkeiten. Unlängst wurde so ein Stück eines im Sinus piriformis sitzenden Tumors von einer pathologisch-anatomischen Autorität als Karzinom erklärt, stellte sich aber als eine atypische Epithelwucherung heraus, bedingt durch den Reiz eines daruntersitzenden Sarkoms.

Réthi (Wien) erwähnt die Symptomatologie betreffend zwei gleiche Fälle, in denen auf beiden Stimmlippen ein papillomatöser flacher Rasen vorhanden war Die Bewegung der Stimmlippen war beiderseits frei, die mikroskopische Untersuchung ergab aber Karzinom, was durch den weiteren Verlauf auch bestätigt wurde.

Bourack (Charkoff) hält den endolaryngealen Eingriff in Fällen, wo der umschriebene Tumor gut erreichbar ist, für angezeigt. Er beruft sich auf drei eigene Fälle.

Gleitsmann (New York) berichtet über einen Fall von ausgesprochener weisser Geschwulst, die ganze Morgagnische Tasche ausfüllend, bei welchem er seit 1896 in längeren Zwischenräumen zweimal endolaryngeal Stücke entfernt hat, welche von Mikroskopikern als Pachydermie angesprochen wurden. 12 Jahre später bot der Fall dieselbe Aussicht und die entfernten Stücke zeigten zuerst auch

auf keine Bösartigkeit, sechs Monate später wurde aber der Krebs konstatiert und Laryngotomie mit günstigem Erfolge gemacht.

Hajek (Wien). Das Punctum saliens ist die Frühdiagnose. Dabei sind die schwierigsten Fälle zweifellos die unter dem Bilde des Papilloms ohne jedwede Tumorbildung auftretenden Kehlkopfveränderungen. Da stellt sich bei älteren Leuten (über 40), wie dies Sir F. Semon zuerst hervorgehoben hat, heraus, dass doch gewöhnlich ein Cancer dahintersteckt.

Allgemein bekannt sind die Diagnosen mit negativem Befunde, in welchen nichts vom ursprünglichen Cancer exzidiert wurde. Viel unangenehmer ist indes das Vorkommnis, wie Hajek es in zwei Fällen sah, dass trotz positiven mikroskopischen Befundes der weitere Verlauf keinen Cancer ergeben hat. Es ist eben die mikroskopische Diagnose auch nicht absolut sicher und nur wiederholte mikroskopische Untersuchungen von verschiedenen Kennern ausgedeutet, können vor Irrtum schützen.

Baumgarten (Budapest) hält kleine zirkumskripte Karzinome bei Leuten über 70 Jahren für endolaryngeal operabel, denn er fand, das speziell Larynxkarzinome in diesem Alter sich günstiger verhalten.

Grossmann (Wien) erwähnt einen Fall von der Klinik Schrötter, bei welchem die wiederholte mikroskopische Untersuchung Karzinom ergeben hat und der ohne Operation nach einem Jahre vollständig ausgeheilt war. In einem anderen Falle hat Billroth die laterale Resektion vorgenommen und als er das Präparat in den Händen hielt, trotz wiederholten positiven mikroskopischen Untersuchungen auf Karzinom erklärt, er glaube nicht, dass es sich um Karzinom handelt.

Morelli (Budapest) meint, dass man nach dem 35. Jahre der Patienten sehr aufmerksam vorgehe bei der Operation der Papillome und nur mit scharfen Instrumenten eingreife, da quetschende oder Glühinstrumente eine krebsige Metaplasie verursachen können.

Chiari (Schlusswort) betont die Wichtigkeit der histologischen Untersuchung endolaryngeal entfernter Stücke der Neubildung behufs Diagnose. Diese Untersuchung ist von grösster Wichtigkeit, wenn sie auch nicht in allen Fällen unfehlbar ist. Sie schützt auch vor späteren Vorwürfen von seiten des Patienten.

Wichtig ist die Tatsache, dass die Karzinome sehr verschiedene Charaktere haben, welche nicht immer mit dem histologischen Bilde übereinstimmen. Ref. will ferner noch einmal betonen, dass nur die chirurgische Operation ihm zuverlässig erscheint als Mittel zur radikalen Entfernung des Krebses. Schliesslich bittet er nochmal alle Operateure um genaue, persönliche Statistiken und insbesondere Gluck um eine genaue persönliche Statistik.

Gluck (dem Referenten nicht zugänglich).

Semon (Schlusswort) konstatiert, dass das Ergebnis der Diskussion sich vollständig mit dem deckt, was die Sammelforschung des Internationalen Zentralblattes vor 21 Jahren erwiesen hat. Er illustriert dies durch Verweise auf die Frage der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, der gelegentlichen Schwierigkeiten der laryngoskopischen Diagnose, der Frage der endolaryngealen Radikaloperation etc. Zum Schlusse ermuntert er zur Publikation von kompletten Statistiken individueller Operateure, und richtet speziell an Gluck die Bitte, von jetzt an eine methodische Statistik seiner Fälle zu veröffentlichen.

Gluck (dem Referenten nicht zugänglich).

2. Sitzung am 30. August, nachmittags.

Vorsitzende: v. Irsay, Chiari.

Referate:

I. von Eicken (Freiburg i. Br.). Die Leistungen der direkten Untersuchungs-Methoden.

Bis Anfang 1909 sind 303 Fälle von Fremdkörpern, bei denen die Bronchoskopie zur Verwendung kam, dem Referenten zur Kenntnis gelangt. Die Literatur weist zahlreiche Beobachtungen auf, in denen Verwechslungen von aspirierten Fremdkörpern mit anderen Leiden vorkommen, jetzt besitzen wir aber das diagnostisch bei weitem sicherste und gleichzeitig therapeutisch rationellste Mittel. Bei eingekeilten Fremdkörpern und bei der Extraktion gequollener und erweichter Bohnen empfiehlt sich die Extraktion bei Kindern stets erst nach erfolgter Tracheotomie. Von grossem Einfluss auf den therapeutischen Effekt ist das Alter des Patienten, die Art und die Verweilsdauer des Fremdkörpers. Die Mortalität beträgt im 1. Lebensjahre 42,86 %; im 2. 38,46 %; im 2.—4.: 18,78 %; im 4.—6.: 5,88 %; im 6.—10.: 6,52 %; im 10.—15.: 0 %; im 15.—20.: 10,23 %; in höheren Lebensjahren 11,11 %. Fremdkörper mit scharfen Kanten und Vorsprüngen führen schneller als glatte zu Schädigungen der Bronchialwand. Je frühzeitiger die Extraktion geschieht, um so sicherer darf man auf eine völlige Heilung hoffen.

II. Sargnon (Lyon). Einige seltener benützte Anwendungen der direkten Endoskopie (retrograde Tracheo-Laryngoskopie, retrograde Ösophagoskopie etc.).

Die direkte subglottische retrograde Tracheo-Laryngoskopie wird mit Hilfe einer mit Mandrin versehenen Röhre ausgeführt, die Röhre ist am unteren Teile durchlöchert, um die Atmung zu gestatten, die Einführung geschieht in Rosescher Lage. Die retrograde Ösophagoskopie wird nach Gastrostomie gemacht. Bei impermeablen Narbenstrikturen wird die tiefe zervikale Ösophagostomie gemacht. Die direkte Endoskopie der Kieferhöhle wird durch die alveoläre Fisteln gemacht.

Diskussion:

Kahler (Wien) berichtet über die Erfahrungen an Chiaris Klinik. Fremdkörper der Speiseröhre kamen in 91 Fällen vor, in 83 Fällen war die Extraktion möglich, 8 mal glitten die Fremdkörper nach Lockerung in den Magen. Ösophagotomie ist nie nötig geworden. Fremdkörper der Trachea und der Bronchien kamen 16 mal vor, 4 mal war die untere Tracheoskopie notwendig, in den übrigen gelang die obere leicht. Bei den Ösophagoskopien kamen 2 Todesfälle vor, von denen einer der Methode zur Last fällt. Wichtig erscheint speziell die Bronchoskopie zur Unterstützung der internen Klinik: sie konnte in 12 Fällen von luetischen Affektionen und 10 Fällen von Aneurysma, in 2 Fällen be- Mediastinaltumoren verwendet werden. Auch die von Killian betonte Unterstützung von chirurgischen Eingriffen scheint sehr aussichtsreich zu sein.

Es wird ferner ein Leitersches Panelektroskop demonstriert.

Schneider (Moskau) hat in weniger als zwei Jahren 26 Fremdkörper (24 Kinder und 2 Erwachsene) mittelst Bronchoskopie behandelt und bis auf einen, wo der Akkumulator versagte, in der ersten Sitzung entfernt. 3 Todesfälle können nicht der Methode zur Schuld gelegt werden. In 80 % stellten die Fremdkörper Sonnenblumensamen vor.

Pauncz (Budapest) berichtet über das Material des Stefanie-Kinderspitals zu Budapest. (Dieses Material ist in den Mitteilungen von Winternitz und Pauncz in dieser Zeitschrift bereits referiert worden, es wurde bisher immer die untere Bronchoskopie angewendet.)

Del Rio (Santiago) nahm in 1905—1908 aus den oberen Luftwegen 14 Fremdkörper bei Kindern von 1½—13 Jahren. In zwei Fällen von Nadeln in den Bronchien musste die untere Bronchoskopie gemacht werden. Es kamen 2 Todesfälle (Nadeln) vor.

Mayer (New York) erklärt, dass Bronchoskopie in Amerika ausser durch Fletcher Ingals und Chevalier Jackson auch durch Coolidge und Inosher (Boston), R. H. Johnston und Buzan (Washington) und Redner gemacht wird.

Das Pharyngoskop von Harold Hays wird durch Delavan demonstriert.

von Eicken (Schusswort) hat nicht alle Namen der Kollegen genannt, da ihre

Zahl schon 200 und die Zahl ihrer Arbeiten 400 übersteigt, sie werden aber in einer ausführlichen Arbeit alle gewürdigt. In den hier zur Verfügung gestandenen 20 Minuten war dies nicht möglich.

Vorträge:

Moure (Bordeaux). Über eine seltene Kehlkopferkrankung.

Verf. hat im verflossenen Jahre einen Fall geschwürig membranöser Laryngitis behandelt, welcher sich der Vincentschen Angina ganz gleichartig betrug und auch denselben bakteriologischen Befund bot. Es handelte sich um einen jungen Mann, der zuerst an schwerer Vincentscher Angina litt mehrere Wochen lang und als der Rachenprozess zur Besserung neigte, traten dieselben Erscheinungen am Kehlkopf auf, und zwar in dem Grade, dass die Tracheotomie nötig wurde. Auch nach Heilung des Prozesses blieb eine Infiltration der Hinterwand und der subglottischen Gegend zurück, so dass die Kanüle noch nicht entfernt werden kann. —

Ein ähnlicher Fall, jedoch mit weniger schweren Erscheinungen, ist von einem deutschen Kollegen mitgeteilt worden. —

Réthi (Wien). Der weiche Gaumen und seine Beziehungen zum Nervensystem.

Die Annahme, dass der Fazialis der motorische Nerv sei, ist unhaltbar, Verfs. experimentelle Untersuchungen bei verschiedenen Tiergattungen haben ergeben, dass der Vagus die motorischen Nerven für den Levator veli palatini liefert. Réthi deckte auch die sekretorischen Gaumennerven, ihre Zentren und ihren peripheren Verlauf auf und zeigte, dass sowohl der Fazialis als auch der Sympathikus die sekretorischen Fasern liefert.

8. Sitzung am 31. August, vormittags.

Vorsitzende: v. Navratil, Gleitsmann, Dundas Grant, Moure.

Referate:

I. Sargnon (Lyon) und Barlatier (Romans): Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.

Ref. besprechen die endolaryngealen Eingriffe, direkte, indirekte und äussere Methoden, sie beschäftigen sich besonders mit der direkten retrograden subglottischen Tracheoskopie, Intubation und der inneren Erweiterung mit Kautschukröhren. Von den blutigen Eingriffen werden hervorgehoben die „Stomien", besonders die Tracheo-Laryngostomie, welche sie besonders für die Heilung der narbigen Verengerungen und rezidivierenden Papillomen ausgebildet hatten.

II. Uchermann (Christiania). Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.

Verf. gibt überall seine persönliche Auffassung und führt auch einzelne Krankengeschichten an. Bei Diphtherie zieht er die Tracheotomie der Intubation vor. Narbenstenosen werden mit Spaltung der vorderen Wand und offene retrograde Bolzung mit eigenen Instrumenten behandelt.

Vorträge:

Ferreri (Rom). Die Technik der Laryngostomie.

Von 6 Fällen sind 2 bereits geheilt, bei den übrigen wird die Behandlung fortgesetzt.

Mayer (New York). Kehlkopfstenose durch Intubation geheilt. Mitteilung von 3 Fällen.

Thost (Hamburg). Die mechanische Behandlung der Larynxstenosen.

Verf. unterscheidet 1. die Verbiegungsstenose von der 2. diffusen Granulationsstenose und teilt den Verlauf des Prozesses in 3 Teile ein:

1. Üppige Granulationsbildung um die Kanüle,
2. Umwandlung dieses üppigen Granulationsgewebes in Bindegewebe und straffes Narbengewebe.
3. Erweichung dieses straffen Narbengewebes in weiches Bindegewebe.

Dieser Vorgang muss bei der Behandlung geschickt ausgenützt werden. Es folgt hierauf die Beschreibung von Verfs. Dilatationsmethode mit soliden schweren Metallbolzen, die von der Fistel aus eingeführt werden. Methodik und Resultate werden demnächst in Buchform erscheinen.

Strazza (Genua). Die Vernarbung linearer Wunden des Schildknorpels.

Histologische Studie eines Falles, in welchem zuerst die Laryngofissur und später wegen Rezidive die Totalexstirpation gemacht wurde.

Diskussion:

Chiari (Wien) berichtet über einige Fälle von Laryngotracheotomie, welche er operiert hat. Dabei wurde eine neue Art von Bolzen, mit einem flügelartigen Fortsatze versehen, verwendet. Sie werden oft gut vertragen und können mehrere Tage liegen bleiben. In seinen 3 Fällen wurde die Formierung eines freien Kanals und die Beseitigung des Sporns erreicht.

Baumgarten (Budapest) hat in einigen Fällen nach der Laryngofissur und Narbenexzision einen Schroetterschen Zinnbolzen in das Lumen des Kehlkopfes eingedrückt, dann Kehlkopf und Luftröhre über den Bolzen vernäht. An dem Bolzen war ein Seidenfaden befestigt, um die Entfernung nach 10 Tagen möglich zu machen. Hierauf sukzessive Dilatation.

Massei (Napoli) hebt die guten Resultate der komprimierten Watte, welche von Ferreri statt Kautschuk eingeführt wurde, hervor. Die Laryngostomie ist eine grosse Operation, sie hat nur dann Zukunft, wenn man ihre Indikationen einschränkt, sie soll bei Narbenstenosen nur dann gemacht werden, wenn die übrigen Methoden versagen. Bei Papillomen ist sie überhaupt nicht angezeigt.

Broeckaert (Gand) hebt die Vorteile der Probelaryngostomie gegenüber der Tracheotomie hervor.

Weil (Wien) erwähnt, dass nach in frühester Kindheit ausgeführter Tracheotomie im Pubertätsalter gemeinsam mit einem minimalen Struma Beschwerden auftraten und in der Luftröhre sagittale Narbenkränze sichtbar wurden. Nach Jodglyzerineinreibungen und Fibrolysin trat subjektive Besserung ein.

Fletcher-Ingals (Chicago) berichtet über 2 Fälle von Dauererweiterung mit O. Dwyerschen Tuben.

Finder (Berlin) erwähnt die Fälle von Juxtaposition der Stimmlippen infolge Ankylose im Cricoarytaenoidalgelenke, z. B. nach Syphilis. In diesen Fällen handelt es sich nicht darum, ein narbig verengertes Lumen zu dilatieren, sondern das ankylosierte Gelenk zu mobilisieren, was weder durch Intubation, noch durch Einführung von Röhren oder Fibrolysin gelingt. Vortr. fragt die Herren, die auf dem Gebiete grosse Erfahrung besitzen, wie sie sich solchen Fällen gegenüber verhalten?

Killian (Freiburg i. Br.) empfiehlt zur Dilatationsbehandlung und speziell zur Nachbehandlung der laryngostomierten Kinder die Verwendung von Brüningsschen Gummischwammstreifen, welche an Fäden zu befestigen sind. Dies Material reizt sehr wenig und übt doch richtig angewandt einen genügenden kontinuierlichen Druck aus. Die Behandlungsdauer scheint eine wesentlich kürzere zu sein

Némai (Budapest) berichtet über einen Fall, in welchem zu gleicher Zeit zwei Kanülen getragen worden sind. Wegen Typhusgeschwüre wurde zuerst die obere, dann, um Abschwellung zu erreichen, die untere Tracheotomie gemacht und die obere Fistel zur Behandlung der Larynx benützt.

Moure (Bordeaux) ist für die genauere Indikationsstellung.

Uchermann (Schlusswort). Seine Methode unterscheidet sich von jener von Thost darin, dass er die vordere Wand fast immer spaltet, dann werden auch metallische Bolzen gut vertragen. Wichtig ist auch die Tracheoskopie. Intubationsstenose mit Intubation zu heilen ist etwas paradox.

Mayer (New York), Sargnon, Thost.

Demonstration:

Hajek (Wien) und Polyák (Budapest). Ein seltener Fall von Geschwulstbildung der Schädelbasis.

Es handelt sich um ein lymphangiektatisches Myxosarkom, von der Basis des Keilbeines ausgehend, welches zuerst die Wände der Keilbeinhöhle und das Dach des Siebbeinlabyrinthes infiltrierte, wobei stellenweise die Schädelbasis resorbiert wurde, ohne dass die Geschwulst in die Schädelhöhle durchgebrochen wäre. Des weiteren wurde das Septum und der harte Gaumen zum grossen Teile durch das Neoplasma ersetzt. Ausser der Difformität der Schädelbasis entstanden äusserlich Difformitäten: Verbreitung des Nasenrückens, beiderseitiger Exophthalmus, Hervorwölbung des harten Gaumens. Infolge der Zerstörung der beiden N. optici war beiderseits vollständige Erblindung die Folge. Das Merkwürdige an dieser seltenen Geschwulstbildung war der Umstand, dass der Prozess anscheinend seit dem zweiten Jahre seines Bestehens nicht mehr fortgeschritten ist und weder zu regionären, noch zu entfernten Metastasen geführt hat. Der Patient starb nicht an der Geschwulst, sondern an einer chronischen Lungen- und Knochentuberkulose. Die Diagnose konnte bei Lebzeiten wegen mehrerer komplizierter Verhältnisse nicht gestellt werden.

Diskussion:

Chiari (Wien). Fibrom des Siebbeins mit pneumatischen dilatierten Hohlräumen, wurde von Chiari 1883 zirka in den Wiener med. Jahrbüchern veröffentlicht. Zufälliger Sektionsbefund ohne Krankengeschichte.

4. Sitzung am 31. August, nachmittags.

Vorsitzende: Onodi, Jurasz, Castex, Delavan.

Referate:

I. Bresgen (Wiesbaden), A. Heufieber, nervöses Asthma und Verschwellung der Nasenschleimhaut.

B. Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninneren etc.

II. Grossmann (Wien). Über das nasale Asthma.

Die elektrische oder mechanische Reizung der Nasenschleimhaut führt zu einer erheblichen funktionellen Störung des Herzens und demzufolge zu einer beträchtlichen Blutstauung im Lungenkreislaufe. Die Lunge nimmt an Umfang zu, Drucksteigerung im intrathorakalen Raume und Tiefstand des Zwerchfelles. Diese Effekte der Nasenreizung bleiben aus, wenn man vorher den zweiten Ast des N. trigeminus durchschnitten hat. Er bleibt auch aus bei Durchtrennung beider Nn. vagi. Es handelt sich somit um einen Reflexbogen, dessen zentripetaler Schenkel vom N. vagus gebildet wird.

Diskussion:

Nemai, Réthi, Goldschmidt, Grossmann.

Vorträge:

Baumgarten (Budapest). Über die Frühformen der Ozäna.

Bei Kindern, deren Mütter an Ozäna litten, ist die eine untere Muschel kontrahiert, dann mit Krusten bedeckt, während die der anderen Seite stärker

gefüllt, Hypertrophie vortäuscht. Das Bild ändert sich aber nach einigen Tagen und dann ist der Befund gerade umgekehrt.

Bourack (Charkoff). Beiträge zur Frage der prothetischen Paraffininjektionen.

Die Injektionen sollen mit kaltem Paraffin gemacht werden. Bei äusseren nasalen Prothesen sind die Erfolge sehr gut. Bei Ozäna sind die Paraffin-Vaselin-Einspritzungen wertvoller als alle anderen Methoden.

Diskussion:

Thost (Hamburg) empfiehlt für die Behandlung der Ozäna die Vaporisation mit heissem Dampf bis zu 120° C.

Broeckaert (Gand). Ist mit den kalten Paraffin-Injektionen (Schmelzpunkt 50° C) bei äusseren Prothesen sehr zufrieden.

Réthi lenkt die Aufmerksamkeit auf die Elektrolyse.

Grazzi, Morelli.

5. Sitzung am 1. September, vormittags.

Vorsitzende: v. Navratil, Schneider, Uchermann, Ferreri.

Referate:

I. Hajek (Wien). Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.

Ist in dieser Zeitschrift, Bd. II, Heft 5, ausführlich gebracht worden.

II. Onodi (Budapest). Über die intrakraniellen und zerebralen Komplikationen der Nasennebenhöhlen-Erkrankungen.

Die direkte Kontaktinfektion kann durch angeborene oder erworbene Knochendehiszenzen begünstigt werden, auch Venenanastomosen können dazu beitragen. Von postoperativer Meningitis sind 40 Fälle veröffentlicht, es lässt sich annehmen, dass die Zahl der verschwiegenen Fälle eine viel grössere ist.

Vorträge:

Freudenthal-Wolff (New York). Intrakranielle Komplikationen nasalen Ursprunges.

Fletcher-Ingals (Chicago). Intranasale Drainage der Stirnhöhle.

Der Ductus nasofrontalis wird mit einem elektr. Bohrer auf 6 mm Breite erweitert und darin ein selbsthaltendes goldenes Rohr befestigt. Die Methode wurde in 30 Fällen angewendet, mit 95% Heilung.

Weil (Wien). Über die konservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

Demonstriert einen Fall, welcher nicht operiert, auch nicht geheilt wurde, sich aber dabei sehr wohl befindet.

Diskussion:

Pauncz (Budapest) sah zweimal zerebrale Komplikationen, in beiden Fällen trat trotz Operation infolge Hirnabszess des Frontallappens und Meningitis der Tod ein. Es müssen eben oberflächliche solitäre Abszesse sein, welche einer Heilung zugeführt werden können.

Jansen (Berlin) stimmt mit Hajek überein: 1. Die endonasalen Operationsmethoden sollen in den dafür geeigneten Fällen angewandt und ausgebaut werden. Die Röntgendurchleuchtung ist sehr wichtig, auch für Fletcher-Ingals-Methode. Da Jansen seit 15 Jahren von der Kieferhöhle aus sämtliche Nebenhöhlen breit eröffnet, auch die Stirnhöhle, so hat er sehr oft die Fälle ungeheilt behalten, deren Stirnhöhle zu gross, unregelmässig war. 2. Soll man nicht bei jedem Eitertropfen im Infundibulum das Gespenst der Meningitis sehen.

Anderer Ansicht ist Jansen in folgenden Punkten: 1. vermisst er unter den Kieferhöhlen-Operationen die Anführung der Eröffnung vom Introitus narium, von ihm zirka 150 mal ausgeführt und geeignet die Eröffnung von der Fossa canina aus einzuschränken. Die Indikationen bei den chronischen Eiterungen sollen schärfer gefasst werden. Es gibt anerkannte Indikationen, z. B. sobald eine Retention besteht oder schwere Eiterungen überhaupt, nur nicht zuwarten bis orbitale oder zerebrale Komplikationen ausgebrochen sind, oder drohen; wir sollen es nicht erst zur Amaurose kommen lassen. Ferner bei schwerem Asthma im Gefolge von Stirnhöhleneiterungen. Hajek stellt ein neues Krankheitsbild auf, die postoperative Meningitis. Das ist unrichtig. Wir können bei äusseren Stirnhöhlenoperationen die Meningitis sicher vermeiden, jedenfalls viel sicherer als bei endonosalen Eingriffen. Die Schädelbasis ist hart und erlaubt gefahrloses Entfernen der Siebbeinzellen etc. Nur von der Lamina cribrosa droht Gefahr, aber dort haben wir nichts zu suchen. Ferner ist sehr wichtig das Siebbein vollständig zu entfernen. Seit 15 Jahren hat Jansen das Verfahren ausgebildet, von einer Öffnung aus sämtliche Nebenhöhlen zu eröffnen; am bekanntesten ist seine Methode von der Kieferhöhle aus, ebenso lange hat er aber auch die radikale Eröffnung sämtlicher Nebenhöhlen von oben her ausgeübt. In 20 Jahren hat er 900 Stirnhöhlenoperationen ausgeführt.

Lang (Budapest) sah unter 11 schweren Fällen von Stirnhöhlenempyem 3 mit Sinusitis fr. abscedens, von denen einer mit schweren zerebralen Erscheinungen in die Klinik gebracht wurde und starb; zwei andere sind geheilt durch Radikaloperation.

Réthi (Wien) verfügt über eine Reihe von Fällen, in denen die weiterbestehende Kieferhöhleneiterung nach Anlegung einer grossen, über den unteren und mittleren Nasengang angelegten Öffnung definitive Heilung erfolgte. Was die Stirnhöhle betrifft, so ist es selbstverständlich, dass bei drohenden Symptomen von Meningitis, absoluter Retention, Phlegmone etc. von aussen operiert werden soll; sonst geht er aber konservativ vor. Es ist erfreulich zu sehen, dass das Prinzip der konservativen Behandlung jetzt allmählich durchdringt, um so mehr, als wir über Todesfälle verfügen, die lediglich der Radikaloperation zur Last gelegt werden müssen.

Uchermann (Christiania) entfernt bei radikalen Stirnhöhlenoperationen den mukoperiostalen Überzug der Höhle nur in den Fällen, wo er teilweise schon zerstört ist, sonst behält er ihn und sorgt nur für eine gute und weite Öffnung nach der Nase zu.

Dundas Grant (London) empfiehlt die Benützung von Bougies mit zunehmender Dicke um den Ductus nasofrontalis zu erweitern, der Kopfschmerz wird dadurch sehr häufig behoben, besonders wenn der Patient „negativen Valsalva“ macht. Redner schliesst sich den Indikationen von Hajek an und wendet jetzt fast ohne Ausnahme die von Killian und Hajek angegebene radikale Methode an. Bis zu diesem Jahre hat er keine gefährliche postoperative Komplikationen gesehen, dieses Jahr kamen aber zwei Fälle vor, die tödlich endeten; die Meningitis entstand einmal durch die Venen, das andere Mal durch die Lymphgefässe.

Finder (Berlin) möchte sich der Empfehlung der Herrmannschen Operation, die Jansen ausgesprochen hat, anschliessen. Sie stellt eine sehr glückliche Kombination des sehr eingreifenden Deutzeschen Verfahrens und der Eröffnung vom unteren Nasengange aus dar. Von dieser hat sie aber den grossen Vorteil, dass sie uns einen Überblick über die ganze Höhle gestattet, was sehr notwendig ist, wenn stärkere Polyppen oder Granulationsbildung in der Höhle vorliegt. Redner kann sich aus klinischen und anatomischen Gründen nicht vorstellen, dass, wie Weil es behauptet, solche Fälle bei konservativer Behandlung heilen. Warnen möchte Redner vor allen Methoden, die das Tragen einer Prothese nötig machen.

Marschick (Wien). Von letalen Ausgängen nach der Killianschen Radikaloperation an der Klinik Chiaris waren zwei Hirnabszesse, der eine mit Meningitis, welche beide nach Aussage der pathol. Anatomen schon früher bestanden, also nicht der Operation zur Last zu legen sind. Ein Fall von Meningitis im Anschluss an die Operation war von einer der hintersten Öffnungen der Lamina cribrosa ausgegangen. Da in diesem Falle die gleiche Wundversorgung wie sonst geübt wurde, d. i. Drainage ohne Tamponade, so dürfte es sich vielleicht um einen Fall ähnlich den rhinogenen Meningitiden ohne Nebenhöhlenerkrankung gehandelt haben.

Gegenüber den Autoren, die die konservative Therapie bevorzugen, erwähne ich, was schon von Chiari in der Wiener laryngol. Gesellschaft betont wurde, dass wir 6 Fälle von Defekt der hinteren Stirnhöhlenwand beobachteten, wo wir unser Gewissen ungern mit dem Vorwurf belastet hätten, durch Beharren auf der konservativen Therapie eine direkte Kontaktmeningitis nicht verhütet zu haben. Zur Demonstration Weils erwähne ich einen Fall von Subdural- und Hirnabszess, der schon operiert war und nach anfänglicher Besserung weder die auch bei dem Weilschen Fall beobachteten Symptome von Schlafsucht etc bekam und wo der Neurologe von der zweiten Operation abriet, obwohl wir dazu bereit gewesen wären. Patient ging bald infolge Durchbruch des rezidivierenden Stirnabszesses in den Seitenventrikeln infolge der Meningitis zugrunde. Er wäre zu retten gewesen, wenn man diesen Symptomen die richtige Bedeutung beigemessen und operiert hätte.

Onodi (Schlusswort). Die von mir zusammengestellte Statistik hat sich im Laufe der heutigen Verhandlung folgendermassen ergänzt: Mit dem Falle Freudenthals haben wir neun geheilte Hirnabszessse. Letale Fälle sind zugekommen: zwei von Freudenthal, drei von Chiari und ein Fall von Joachim. Ferner ein Fall Chiaris von postoperativer Meningitis. Es ist zu wünschen, wie es Hajek mit seinen zwei veröffentlichten Fällen getan hat, die Fälle zu veröffentlichen oder brieflich mitzuteilen, denn vollzählige Statistik ist belehrend und kann zur Vermeidung auch beitragen.

Killian (Freiburg i. Br.). Bei der Behandlung der Erkrankung der Nasenhöhlen kann man nicht schematisch verfahren. Unter gewissenhafter Verwertung der kritisch gesichteten fremden und eigenen Erfahrungen müssen wir die inneren und äusseren Bedingungen des einzelnen Krankheitsfalles abwägen und möglichst fein individualisieren. Unser Ziel ist, in absehbarer Zeit Heilung herbeizuführen und dem Patienten die volle Fähigkeit zur Verrichtung körperlicher und geistiger Arbeit wieder zu verschaffen.

Das gelingt uns bei akuten Erkrankungen selbst schwerer Art wesentlich leichter als bei chronischen. Durch die Allgemeinbehandlung mit schmerzstillenden und sekretverflüssigenden Medikamenten, Schwitzprozeduren (Brüningsches Kopflichtbad), lokale Applikation, Abschwellung bedingenden Substanzen, Ausspülungen, Absaugen, lässt sich viel erreichen. Auch die Fälle mit äusseren Schwellungen, drohender Abszendierung und selbst leichteren zerebralen Symptomen sind manchmal solcher Therapie noch zugänglich. Selten müssen wir das Antrum maxillare von aussen anbohren, die Stirnhöhle von aussen eröffnen. Eine breite Eröffnung des Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlengebietes kommt wohl nur bei schweren Erscheinungen unter besonderen Bedingungen (z. B. Scharlach) in Betracht.

Auch die hartnäckigen und verschleppten akuten Fälle sind nach denselben Grundsätzen zu behandeln; nur muss man hier mehr Geduld haben und energischer vorgehen. Manchmal sind intranasale Eingriffe, Resektion des vorderen Endes der mittleren Muschel, submuköse Septumresektion bei verengter Nase, Anbohrung des Antrum maxillare vom Munde aus, Resektion des Processus uncinatus, Eröffnung von Siebbeinzellen notwendig.

Schwerer ist es, einen chronischen Fall dauernd zu heilen. Hier gilt es vor allem, eine genaue, sich auf alle Höhlen beider Seiten sich erstreckende Unter-

suchung vorzunehmen mit Einsschluss der radiographischen, Art und Grad der Erkrankung festzustellen, die subjektiven und objektiven Beschwerden genau zu erkunden, ein Urteil über ihr Verhältnis zu den pathologischen Verhältnissen zu gewinnen und besonders auch den Anteil einer oft gleichzeitig vorhandenen Erkrankung mehrerer Höhlen richtig abzuwägen. Zugleich ist der allgemeine Körperzustand des Patienten zu prüfen und anderweitigen Erkrankungen Rechnung zu tragen. So scheiden sich die Fälle ganz von selbst in die verschiedenartigsten Kategorien und erfordern demgemäss eine ganz verschiedene Behandlung.

Rein konservativ oder mit Zuhilfenahme der intranasalen und kleinen extra nasalen operativen Eingriffe wird man vorgehen, wenn noch keine genügende Behandlung gefunden stattgefunden hat (sofern nicht besondere Umstände das von vornherein aussichtslos oder unzureichend erscheinen lassen [Fieber, Schmerz, Schwellung, Abszendierung, Fistelbidung, interkranielle und allgemeine Komplikationen]). Auf solche Weise wird eine beschränkte Anzahl von Fällen dauernd geheilt. Bei den Erkrankungen der Kieferhöhlen ist diese Zahl grösser, als bei denen anderer Nebenhöhlen und insbesondere des Sinus frontales. Oft erzielen wir nur Besserung, Verminderung der Beschwerden, Abnahme der Sekretion. Andere werden nicht wesentlich beeinflusst. Schliesslich gibt es auch solche, die eine lokale oder allgemeine Verschlechterung erfahren.

Durch das ewige Spülen und Saugen auch bei Selbstbehandlung, durch gehäufte, selbst kleine und kleinste intranasale Prozeduren und operative Eingriffe werden die Patienten nervös. Sie leiden physisch durch eine wachsende Krankheitsvorstellung und durch das Auf und Nieder von Hoffnung und Enttäuschung. Ängstlich wird täglich das Spülwasser geprüft und jede Flocke Schleim, jede Spur Blut und dergleichen mehr, gibt Anlass zu tiefsinnigen Beobachtungen. Bei neurasthenisch veranlagten oder schon vorher derart erkrankten Menschen entstehen neue subjektive Beschwerden. Ja, schmerzhafte, langdauernde vergebliche Behandlungen können selbst nervengesunde Patienten neurasthenisch machen. Ich verfüge gerade in dieser Hinsicht über eine grosse Erfahrung, weil oft Kranke zu mir kommen, die schon durch die verschiedensten spezialistischen Hände gegangen sind.

Die konservative Behandlung hat also ihre Grenzen. Wir Älteren haben sie ja alle jahrelang konsequent geübt und geprüft, ehe wir gute Radikaloperationsmethoden besassen. Wir wissen genau wieviel und wie wenig damit erreicht werden kann und halten es kaum für der Mühe wert, darüber noch viele Worte verlieren.

Behält der Patient seine Beschwerden, so werden wir nach und nach zu einem energischeren Vorgehen geradezu gedrängt. Handelt es sich hauptsächlich um sekretorische Störungen, so können uns Bedenken vor einem radikalen Eingriff aufsteigen. Dieser Bedenken werden die schwachmütig veranlagten Spezialisten nicht Herr. Sie kommen zu keinem grossen Entschluss. Es wird immer weiter gesaugt und gespült, so lange der Patient Stand hält und die Angst vor einer vielleicht von anderer Seite angeratenen Operation seine Geduld stärkt. Es mag sein, dass im Laufe der Jahre auch von diesen Fällen einmal einer sozusagen geheilt oder hinreichend gebessert wird. Im allgemeinen aber wünschen doch unsere Patienten, in absehbarer Zeit geheilt zu werden. Sie brauchen ihre Gesundheit und volle Arbeitsfähigkeit zum Kampf ums Dasein. Gar mancher wendet sich schon dann an einen anderen Arzt, wenn ihm die in Aussicht gestellte Behandlungsdauer zu lang erscheint. Man hat mir zum Vorwurf gemacht, dass ich mich bei Kassenkranken rascher zu einer Radikaloperation entschliesse. Der Kassenkranke will und muss geheilt werden und lässt sich, wenn ungeheilt entlassen, immer wieder einweisen, um dies zu erreichen. Dabei ist die Zahl der Wochen, für die er Krankenunterstützung bekommt, im Jahr eine streng begrenzte. Hier gilt es also besonders, mit nutzloser konservativer Therapie keine Zeit zu verlieren.

Bei den Erwägungen über einen Fall, in dem hauptsächlich die Sekretion aus den kranken Nebenhöhlen Beschwerden veranlasst, kommt es darauf an, ob die Absonderung eine gleichmässige oder periodische, mässige oder abundante, mehr schleimige oder mehr eiterige ist, und welche Höhle oder Höhlen erkrankt sind. Auch die Verschlimmerungen bei hinzukommenden akuten Katarrhen, die rezidivierenden Polypenbildungen der Allgemeinzustand des Patienten und anderes sind mit in Betracht zu ziehen.

Leichte Fälle dieser Art kann man ruhig sich selbst überlassen. Was liegt daran, wenn der Patient das Taschentuch etwas öfter gebraucht als in ganz normalem Zustand oder täglich eine Spülung macht oder hie und da einmal eine geringe Beschwerde hat oder von Zeit zu Zeit einmal einer kleinen ärztlichen Nachhilfe bedarf?

Macht die Affektion dem Patienten mehr zu schaffen, so werden wir uns am leichtesten zu einer Radikaloperation entschliessen, wenn es sich um die Kieferhöhle handelt, sei es, dass sie allein erkrankt ist oder die wesentliche Rolle spielt. Eine solche Operation ist bei der heutigen Technik in lokaler Anästhesie nach Caldwell-Luc ausgeführt, kein grosser und kein gefährlicher Eingriff. Die erzielten Resultate sind gute; man kommt zu einem Ende. Gleichzeitig bestehende Stirnhöhlenaffektionen erfahren nach diesem Eingriff manchmal eine weitere und wesentliche Besserung. Bei mässig erkrankten Kieferhöhlen kann es auch genügen, eine breite Verbindung zwischen dem Zentrum und der Haupthöhle der Nase anzulegen, um eine Ausheilung herbeizuführen. Ähnlich verhält sich die Keilbeinhöhle.

Kommen die Siebbeinzellen und die Stirnhöhle wesentlich in Betracht, sei es nun, dass es sich um Fälle der obengenannten Art oder um all die anderen mit quälenden Symptomen und Komplikationen handelt, so wird der Arzt sich um so leichter zur Vornahme meiner Radikaloperation entschliessen, je besser er die Methode beherrscht und je mehr er damit erreicht hat. Es liegt auch auf der Hand, dass sich gerade solche Patienten in grösserer Zahl bei ihm einfinden, denen auf konservativem Weg nicht geholfen wurde und die von seinen guten Operationsresultaten gehört haben. Unübersehbar ist schon die Zahl der mit einer Methode allerwärts erzielten Heilungen. Was wollen dagegen die wenigen Unglücksfälle bedeuten, welche durch die Operation herbeigeführt wurden? Wir dürfen uns dadurch nicht abschrecken lassen, im Gegenteil gerade die Todesfälle müssen uns anspornen, in der Technik und Erfahrung so weit fortzuschreiten, dass wir sie vermeiden.

Am leichtesten lassen sich die üblen Ausgänge durch Kunstfehler bei der Operation vermeiden. Aus dem Buch allein kann man meine Methode kaum lernen; auch nicht vom Zusehen und selbst assistieren. Man muss seine anatomischen Vorstudien an möglichst vielen Präparaten machen, an der Leiche operieren und unter erfahrener Leitung am Lebenden beginnen. Mancher hat kein Talent dazu; ihm fehlt gänzlich die chirurgische Anlage. Da ist es schon besser, die Finger davon zu lassen und einen Operateur zu wählen, der die Situation beherrscht.

In einer ganzen Reihe von Todesfällen waren schon vor der Operation intrakranielle Prozesse im Gang und machten keine oder nur geringe, nicht genügend beachtete Erscheinungen. Manch einer kam wohl in diese Lage, weil sein Arzt oder er selber zu viel von der konservativen Behandlung erwarteten. Hoffentlich lernen wir es hier, sobald die bedenkliche Situation klar wird, rasch und kühn eingreifen und den Krankheitsherd freizulegen, bevor es zu spät ist.

Es bleibt eine Anzahl Todesfälle zu Recht bestehen, welche zweifelsohne durch die tadellos ausgeführte Operation selber herbeigeführt wurden. Hier müssen uns die Verfeinerung unserer klinischen Beobachtung und Erfahrung und genaue Sektionen weiter helfen. Ich habe mir schon eine Reihe von Regeln gebildet. Man operierte nicht, wenn zu einer chronischen Affektion eine akute hinzukam; man operiere nicht, wenn man durch intranasale Eingriffe einen akuten

Reizzustand herbeigeführt hat. Muss es dennoch sein, so unterlasse man unter allen Umständen die primäre Hautnaht. Diese ist überhaupt auf Fälle mit einfacher schleimiger Sekretion oder leichtere Eiterungen zu beschränken. Auch die sekundäre Naht am 3.—4. Tag gibt, exakt ausgeführt, noch kosmetische Resultate und ist in der Regel nicht mehr gefährlich. Durch die Sekundärnaht vermeiden wir Erysipele und Osteomyelitis.

Man tamponiere die Wunde nur leicht und entferne die Tampons unter Spülungen mit leichten H_2O_2-Lösungen, wenn möglich schon am nächsten Tag, um Sekretstauungen zu verhindern. Aus demselben Grund benützte man bei enger Nase die Drainage.

Kranke Kieferhöhlen, besonders solche mit starken eiterigen Sekretionen sind genügende Zeit vorher oder in derselben Sitzung vor der Stirnhöhle radikal zu operieren. (Die gebrauchten Instrumente lasse ich danach frisch kochen.)

Vor allem hüte man sich davor, von demjenigen Teil der mittleren Muschel etwas fortzunehmen, an dem sich die Olfaktoriusäste verbreiten, denn diese sind von Lymphherden umgeben, die mit dem Subarachnoidalraum direkt kommunizieren. Gelangen pathogene Keime in diese Lymphherde, so ist die rasch tötende Meningitis so viel wie sicher. Ein schneller Eingriff wird wohl meist zu spät kommen. In dem vorhin von Herrn Marschik beschriebenen Falle war, wie er mir soeben mitteilte, zu viel von dem gefährlichen Gebiet der mittleren Muschel entfernt worden. Ein gleicher Fall hat sich in meiner Klinik ereignet. Man sah bei der Sektion den Eiterstreifen einem Olfaktoriusaste entlang zum Cavum cranii ziehen.

Bei Patienten, die gleichzeitig an anderen Krankheiten bedenklicher Art, an chronischer Nephritis, an Diabetes leiden, wird man, wenn möglich ohne Operation auszukommen suchen. Bei dauernden postoperativen Neuralgien entfernt man den Nervus supraorbitalis. Neurasthenische Beschwerden erfordern noch eine längere Allgemeinbehandlung.

Wird die Behandlung der Nebenhöhlenleiden in solchem Geiste geführt, dann führt sie zu schönen Erfolgen und stiftet Segen.

Joachim, Tóvölgyi, Weil, Grazzi, Bourack.

Hajek (Schlusswort). Freudenthal hat bemerkt, dass auch in akuten Fällen manchmal eingreifendere operative Massnahmen nötig sind, wenn ernstere Komplikationen auftreten. Dies ist auch im Referate bemerkt worden. Ingals Methode des Kürettement des Ductus nasofrontalis kann mir nicht zweckmässig erscheinen, da nach Entfernung der Schleimhaut im Ductus nasofrontalis um so leichter Granulationsbildung auftritt; auch von der Dilatationsmethode Grants kann ich mir keinen Verlass versprechen, da Kanäle mit knöchernen Wänden für die Dauer nicht dilatierbar sind. Weils konservative Behandlungsmethode hat sicherlich in manchen Fällen Erfolg, es wäre aber einseitig mit derselben auch andere Fälle behandeln zu wollen. Weil schreibt sich mit Unrecht die Priorität für die Erhaltung der nicht stark veränderten Nebenhöhlenschleimhaut zu, da ich schon 1899 in der 1. Auflage meines Buches dieses Prinzip aufstellte.

Jansen hat mich in bezug auf Indikationsstellung bei den Stirnhöhlenoperationen missverstanden. Ich habe die Notwendigkeit der Operation in dem zweiten Satz, den er übersehen hat, auch für die Fälle ohne Komplikation, jedoch mit schwerem Kopfschmerz und Eiterung, anerkannt. Killian hat eigentlich alles wiederholt, was ich zur Einleitung der Diskussion auseinandergesetzt habe.

Wenn wir kurz resümieren, muss anerkannt werden, dass nur das strenge Individualisieren auf Grund wiederholter genauer Untersuchung und auf Grund aller in Erwägung kommenden Umstände bei der Wahl der Behandlungs- beziehungsweise Operationsmethode das letzte Wort zu sprechen hat.

6. Sitzung am 1. September, nachmittags.

Vorsitzende: Baumgarten, Broeckaert, Grossmann.

Referat:

Schrötter (Wien). Zur Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms.

Referent bespricht ausführlich die Prophylaxe dieser Krankheit.

Vorträge:

v. Irsai (Budapest). Über die Verbreitung des Skleroms in Ungarn.

Vortr. gibt eine kartographische Demonstration der Verbreitung dieser Krankheit und berichtet über die Resultate der Goldzieher-Neuberschen Komplement-Fixations-Versuche.

Neumann (Wien). Beiträge zur Klinik des Skleroms.

Erfahrungen der Klinik Chiari die Verbreitung der Krankheit in Österreich betreffend.

Diskussion:

Mayer (New York) hat in den Vereinigten Staaten 16 Fälle gesammelt.

Lubliner (Varsovie) verfügt über 30 Fälle aus Polen und Südrussland. In einem Falle trat nach interkurrentem Flecktyphus Heilung ein.

Morelli, Baumgarten, Fein.

Schrötter (Schlusswort) schlägt vor, als positives Ergebnis dieser Sitzung die Absendung einer Enunziation dieser Sektion an die Regierungen, um offizielle Unterstützung der Skleromstudien und prophylaktischer Massnahmen gegen diese Infektionskrankheit.

Marschik (Wien). Über Kehlkopfkrebs im Kindesalter.

An der Klinik Chiari ist das Leiden bei einem 25 jährigen Manne und einem 16 jährigen Mädchen beobachtet worden.

Welty (?) Instrument-Demonstration.

Schrötter (Wien). Mikroskopische Präparate.

Befund einer isolierten Höhle in der Medulla oblongata, entsprechend dem Vaguskerne bei einem 36 jährigen Manne, welcher klinisch an Tuberkulose litt und Symptome der Syringomyelie zeigte. Es bestanden Schlingbeschwerden und Stimmlosigkeit, Parese der linken Gaumenhälfte, vollständige Lähmung der linken Stimmlippe.

7. Sitzung am 2. September, vormittags.

Vorsitzende: v. Navratil, Heymann, Lermoyez.

Vor der Tagesordnung:

Schrötter (Wien) stellt folgenden Antrag:

Das Sklerom ist eine chronische bazilläre Krankheit der Luftwege, welche vom epidemiologischen und sozialhygienischen Standpunkte aus vollkommen gewürdigt werden muss.

Die XV. Sektion soll daher ein permanentes Komitee erwählen, welches sich ständig mit dieser Frage beschäftigt und den nachfolgenden Kongressen Bericht erstattet. Das Komitee soll international sein und das Recht besitzen, sich zu ergänzen. Ausser den klinischen, statistischen und experimentellen Arbeiten soll seine Hauptaufgabe sein, Schritte zu tun, um die Aufmerksamkeit der Regierungen zur Verordnung der phrophylaktischen Massregeln, welche in Österreich, Ungarn, Deutschland, Russland und Italien ebenso notwendig sind wie die Massregeln gegen Lepra, anzuregen. Die Bildung dieser Komitees soll amtlich zur Kenntnis des Zentralbureaus des Kongresses gebracht werden.

Endlich ersucht Schrötter, alle Beobachtungen und Berichte, welche diesen Gegenstand betreffen, ihm ständig zuzuschicken.

In dieses Komitee sind erwählt worden:

Österreich: Schrötter, Grossmann, Koschier, Pieniazek, Baurowicz, Bugurd, Weichselbaum, Paltauf, Fein.

Deutschland: Gerber, Heymann, Gottstein, Thost.

Italien: Mibelli, Massei.

Russland: Jürgens, Lubliner, Wladimiroff.

Ungarn: Irsai, Navratil, Morelli, Rina, Baumgarten, Donogány

Frankreich: Arloing, Gremer.

Schweiz: Secrétan.

Vereinigte Staaten: Mayer, Freudenthal.

Referate:

Castex (Paris). Operative Behandlung der bösartigen Rachengeschwülste.

Die Tumoren des weichen Gaumens werden auf bukkalem Wege entfernt ist es nötig, so kann man mit querem Einschnitte der Wange sich breiten Weg bauen. Zur Erreichung der Mandelgeschwülste ist mit Rücksicht auf die Drüsen der submaxilläre Weg geboten. Die grossen Operationen geben keine guten Resultate. Im Meso- und Hypopharynx müssen die Geschwülste immer auf künstlichem Wege aufgesucht werden.

Moure (Bordeaux). Operative Behandlung der bösartigen Nasengeschwülste.

Geschwülste des Nasenbodens, Septums, der unteren und mittleren Muschel können auf natürlichem Wege entfernt werden, während bei Geschwülsten der hinteren Partien und der Nebenhöhlen Referent seine maxillo-nasale, und transmaxillo-nasale Methoden empfiehlt.

Diskussion:

Deuker (Erlangen) hat für die Operation der malignen Tumoren vor Jahren eine Methode angegeben, welche submukös vom Munde ausgehend, durch die Kieferhöhle hindurch das Ausbreitungs- und Ursprungsgebiet in der Nase und an der Schädelbasis freizulegen erlaubt. Deuker empfiehlt nun das transmaxillare Verfahren auch für die im Nasenrachenraum entspringenden gutartigen (Fibrome) und bösartigen Tumoren; wenn der Tumor überhaupt noch operabel ist, wenn der harte Gaumen nicht infiltriert und die Weichteile der Wange intakt sind, so kann man damit die gleichen Resultate erreichen als mit den äusserst blutigen Präliminaroperationen.

Koschier (Wien) wendet denselben Hautschnitt wie Moure für die Operation von malignen Tumoren der Nase und des Nasenrachens an. Wenn nach Entfernung eines entsprechenden Stückes des Oberkiefers der Tumor eingestellt ist, dann führt er ein starkes Drainrohr durch die Nase in den Nasenrachenraum und fasst mit demselben den Tumor an seiner Basis. Dadurch kann man die sonst sehr unangenehme Blutung aus dem Tumor während der Operation vermeiden. Besonders bei härteren Tumoren (Angiofibromen) ist diese Methode ausgezeichnet.

Mayer, Morelli, Castex.

Jouty (Orrn). Das Verhältnis zwischen dem Sitze der Kehlkopf- und der Lungenerkrankung, bei Tuberkulose dieser Organe.

Faraci (Palermo). Ophthalmoreaktion bei Hals- und Nasentuberkulose.

Halász (Miskolcz). Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen.

Eine durch Sarkom der Keilbeinhöhle verursachte Erblindung.

Lautmann (Paris). Behandlung der Nasen- und Kehlkopfsyphilis.

Demetriades (Athen). Inhalationen im Altertume und photographische Demonstation eines Inhalators aus dem zweiten Jahrhundert n. Chr.

Fein (Wien). Die einfache Fensterresektion bei Nasenscheidewandverbiegung.

Diskussion:

Killian (Freiburg i. Br.) hält es für einen grossen Rückschritt, absichtlich ein grosses Loch anzulegen, wo man so gut eine tadellose Nasenscheidewand erzielen kann. Auch hat er gesehen, dass anderwärts unabsichtlich angelegte grosse Perforationen nicht ohne dauernde üble Folgen für den Patienten bleiben.

Finder (Berlin) hält die Methode auch für einen Rückschritt. Es kommt ja zuweilen vor, dass man zufällig eine kleine Perforation macht. Zwischen einer solchen und einer absichtlich angelegten Öffnung, die so gross ist, dass eine vorher bestehende Stenosierung aufgehoben wird, besteht aber doch ein Unterschied. Es ist ferner gewagt, in der technischen Schwierigkeit bei der submukösen Resektion eine Indikation für die Feinsche Resektion zu sehen. Wir beschwören die Gefahr herauf, dass jeder, der nicht in der Nase operieren kann, einfach ein Stück vom Septum wegschneidet. Das ist nicht gleichgültig, besonders in bezug auf die Gefahr der Borkenbildung.

Fein (Schlusswort). Die Borkenbildung tritt nur bei kleinen Perforationen, die unbeabsichtigt entstehen, auf, nicht aber bei grossen Perforationen von rundlicher Form mit glatten Rändern und ohne einspringende Winkel.

Lang (Budapest). Einfache Radikaloperation der solitären Choanenpolypen.

Seit Killians Publikation hat Verf. in sechs Fällen die vordere Wand des Antrums durchbohrt, durch die Öffnung ein mit dem Endoskop verbundenes Röhrchen eingeführt und die Schleimhaut des Antrums untersucht. Nur in einem Falle fand er, dass der Stiel im Antrum, unmittelbar ober dem Ostium entsprang. In drei Fällen entsprang der Choanalpolyp aus dem mittleren Nasengang, in einem Falle vom hinteren Ende der mittleren Muschel und in einem vom Nasendach. Die Resultate besitzen einen entscheidenden Einfluss auf die Operationsmethode, die immer endonasal sein muss. Für diesen Zweck empfiehlt er das sichelförmige Knopfmesser. Kubos neuerdings veröffentlichte Ansicht, dass die solitären Choanalpolypen ein Stadium von ausgewachsenen Antrumpolypen seien, ist unrichtig und deshalb die von dem zur Entfernung empfohlene radikale Antrumsoperation unberechtigt.

Diskussion.

Weil (Wien) kennt zweierlei Choanalpolypen: solche die im Gebiete des Siebbeins und der Nebenhöhlen entspringen und solche, die an der Choanalumrandung, speziell am Septum entspringen.

Killian (Freiburg i. Br.) hat in seiner Arbeit in 1905 eine genaue Definition dieser Gebilde gegeben. Seine seitherige Erfahrung, welche sich auf mindestens 30 Fälle erstreckt, hat die früheren Mitteilungen Punkt für Punkt bestätigt. Ferner hat ein argentinischer Kollege und Kubo an der Leiche und am Lebenden den Ursprung nach Eröffnung der Kieferhöhle tatsächlich nachweisen können. Auch an Redners Klinik wurden neuerdings wegen chronischer Eiterung bei gleichzeitigem Vorhandensein von typischen solitären Choanalpolypen zwei Kieferhöhlen (von v. Eicken und von Albrecht) eröffnet und als Ursprungsstätten der Polypen erkannt. Redner hat also von dem früher Gesagten nichts zurückzunehmen oder zu modifizieren. Die abweichenden Angaben von Lang führt er darauf zurück, dass man bei seiner Art der Untersuchung des Antrums nicht die ganze Höhle frei und klar übersehen kann. Vielleicht hat es sich in einigen Fällen um einfache Nasenpolypen gehandelt. Dass der Stiel in seltenen Fällen auch einmal aus einer anderen Nebenhöhle z. B. der Keilbeinhöhle etc. kommen

kann, zeigen schon einige Bilder von Zuckerkandl und wurde auch von Redner in seiner Arbeit schon erwähnt.

Was die Therapie betrifft, so macht man selbstverständlich die Radikaloperation des Antrums nur, wenn der Choanalpolyp in lästiger Weise immerfort rezidiviren sollte, oder wenn gleichzeitig eine andere, nicht zu beseitigende Kieferhöhleneiterung besteht. Den Polypen mit Häkchen abzureissen ist eine uralte Methode, die später wieder von v. Lange (Kopenhagen) empfohlen und auch von Redner geübt wurde, ebenso wie gelegentlich das Sichelmesser. Es ist aber besser, allerdings auch schwieriger, den Polypen mit einer weiten Schlinge zu angeln, die Schlinge (bei gleichzeitiger Verkleinerung) bis ans Ostium zu führen und dann zu reissen. Selten bleibt dann der Stiel im Antrum zurück.

Grosse akzessorische Kieferhöhlenmündungen gibt es gar nicht so selten. Redner hat sie oft einwandsfrei am Lebenden nachweisen und ihre Grösse in allen Dimensionen genau bestimmen können. Wer eine grössere Serie von Präparaten durchsieht, begegnet ihnen bald. Der Herr Vortragende kann sich bei Zuckerkandl über diese Frage unterrichten.

Morelli, Onodi, teilen Fälle mit.

Morelli (Budapest). Präparat eines malignen Tumors der Nase.

Es handelte sich um ein Myxosarkom.

8. Sitzung am 2. September nachmittags.

Vorsitzende: Onodi, Katzenstein, Mayer, Zwaardemaker.

Citelli. Adenoide Vegetationen.

Ruprecht (Bremen). Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln.

Zur Injektionsanästhesie kommt wegen seiner relativen Ungiftigkeit, energischen Wirkung und vorzüglichen Kombinationsfähigkeit mit Suprarenin nur das Novokain, zur Bepinselungsanästhesie aus gleichen Gründen nur das Alypin in Frage. Kokain kann nicht das gleiche leisten, weil man in der Dosis beschränkter sein würde.

Citelli (Catania) Hypophysis pharyngea der Kinder, ihr Verhältnis zur Rachenmandel und zur zentralen Hypophyse. (Vorläufige Mitteilung).

Verf. hat die Hypophysis pharyngea bei Kindern sehr häufig gefunden, ihre Länge variiert zwischen 1—3,5 mm. Sie hat häufig nachbarliche und zirkulatorische Verbindung mit der Rachenmandel und nur zirkulatorische Verbindung mit der zentralen Hypophyse.

Verf. hat bis jetzt 18 Kinderleichen untersucht, er wird seine Untersuchungen fortsetzen und erst dann publizieren.

Citelli (Catania). Adenoide Vegetationen und Hypophysis-System.

Diese zweite Serie von Untersuchungen will eine anatomische Grundlage des Verdachtes von Poppi und Verf. geben ob ein Teil der Symptome, welchen wir bei adenoiden Vegetationen begegnen, nicht einer Funktionsstörung dessen zuzuschreiben ist, was Verf. Hypophysis-System nennt?

Verf. fand: 1. Dass Lage und Gefässverbindungen zwischen adenoiden Vegetationen und Hypophysis pharyngea noch enger sind, als wenn die Rachenmandel normal ist. 2. Dass das Hypophysis-System (Hypophysis pharyngea und Hypophysis centralis) bei Adenoiden fast hypertrophisch ist. Dies ist eine wichtige und neue Tatsache, welche Verf. bisher zweimal fand; er will die Untersuchungen fortsetzen und später definitiv berichten.

Bourack (Charkoff). Die Komplikationen nach Adeno- und Tonsillotomien.

Um diese zu vermeiden, soll man nur in aseptischen Räumen von Kliniken und Sanatorien operieren und die Patienten 2—3 Tage lang im Bette halten.

Diskussion.

Levi (Firenze) glaubt, dass die Hypophysis pharyngea bei der Entstehung der Akromegalie eine Rolle spielt.

Poppi (Bologna) spricht über die Bedeutung des chromatinen Gewebes des Nasenrachens.

Fein (Wien) empfiehlt sein Adenotom.

Logan (Kansas City) spricht über die adenoiden Vegetationen der Erwachsenen, welche besonders das Mittelohr beeinflussen.

Joachim (New Orleans) bringt die von Moritz Schmidt zur Lokalanästhesie empfohlenen Einblasungen von Kokain mit Milchzucker in Pulverform in Erinnerung.

Koschier (Wien) verteidigt die allgemeine Anästhesie, ebenso wie Baumgarten und Gleitsmann, während Réthi und Ruprecht, ferner Bourack und Citelli die mit der Narkose verbundenen Gefahren betonen.

Referate.

Die experimentelle Phonetik vom medizinischen Standpunkte.

I. Zwaardemaker (Utrecht) Methodologischer Teil.

Redner verweist nach dem bereits im Druck vorliegenden Referat. Für die unmittelbare klinische Verwendung eignen sich:

1. Die Messung der Atemgrösse und Registrierung der Atemablaufe, wobei man entweder die Muskelbewegungen oder die Luftgeschwindigkeit aufschreiben kann.

2. Die artikulatorische Registrierung nach den verschiedenen im Referat geschilderten Methoden.

3. Die Aufnahme des Gesprochenen mit einem Phonographen.

II. Bouman (Amsterdam) Klinischer Teil.

Die Durchführung der phonetischen Analyse in der Psychopathologie bietet grosse Schwierigkeiten. Wollen wir etwas mehr oder weniger Exaktes haben, muss man mit Störungen anfangen, wobei diese Schwierigkeiten nicht obwalten. Die Artikulationsstörungen z. B. kommen in dieser Hinsicht in erster Linie in Betracht. Man findet sie bei Personen, die geistig normal sind, oder bei Paralytikern, die noch für das Experiment fähig sind. Versuche wurden angestellt mit dem Zwaardemakerschen Apparat, wobei Kiefer-, Lippen- und Mundbackenbewegungen registriert wurden. Die Resultate waren wie folgt: Nicht auffallende Unterschiede wurden gefunden von denjenigen, was schon klinisch bekannt war. Nur bezüglich der Fälle von Aphasie kann eine Ausnahme gemacht werden. Während die Fälle von Bulbärparalyse, multipler Sklerose, auch die von Dementia paralytica Abweichungen zeigten, in den Kurven konnten wir diese in den Fällen von Aphasie nicht nachweisen. Dann und wann waren da nur einige Worte, auch wohl nur ein Wort, das überhaupt gesprochen werden konnte, aber dieses Wort gab keine Abweichungen der Muskelbewegungen. Damit bekommt jene Auffassung eine Stütze, die bei Aphasie eine periphere Affektion absolut ausschliesst.

Diskussion.

Gutzmann (Berlin). Die Diagnose und Kehlkopfspiegel ist bei funktionellen Hemmstörungen stets ungenügend. Empfehlenswert ist das Verfahren von Marbe für die Feststellung der Sprechstimmhöhe. Die Forriersche Analyse für die Untersuchung der Hemmstörungen, besonders der Gesangstimme, ist jetzt so leicht zugänglich, dass man vor den Formeln nicht mehr zurückzuschrecken braucht.

Flatau (Berlin). Bei der therapeutischen Ausnützung der phonetisch Vorgänge ist ein Zusammenwirken mit den bewährten und durchgebildeten Pädagogen nützlich. Das zeigt sich in dem Gesanggebiet wie in der Frage der Taubstummenbildung.

Katzenstein (Berlin) misst das Atemvolumen mit einem Celluloidhelm; für die klinisch akustische Untersuchung bevorzugt er Apparate, die mit Lichthebel arbeiten, vor dem Phonographen.

Neinai (Budapest). Wenn man dem Tiere die ganze motorische Innervation des Stemmapparates durchschneidet, so kann es durch die Funktion der äusseren Halsmuskel und der Schlundschnürer den Larynx von aussen komprimieren und dann — zumal wenn es Schmerz empfindet — durch lebhaftes Exspirium einen Schrei erzeugen.

Zwaardemaker (Schlusswort). Es herrscht eine grosse Harmonie zwischen den Herren, wahrscheinlich weil die experimentelle Phonetik eine junge Wissenschaft ist. Marbes Methode ist aus Versehen weggelassen worden.

Vorträge.

David (Paris). Behandlung der chronischen Nasenrachenkatarrhe und besonders der Ozäna mit hochgespannten Strömen.

Diese Ströme in Funkenform angewendet, haben eine trophische Wirkung, die Zellentätigkeit erwacht, eine reichliche Proliferation entsteht mit starker Zuströmung der Leukozyten und auch eine mikrobizide Wirkung ist wahrnehmbar. Die Funkenweite soll 3—4 cm betragen. Es sind im Durchschnitte 30 Sitzungen mit 2 Minuten Dauer verwendet worden. Unter 12 Fällen von Ozäna sind 7 geheilt (Geruch und Krusten geschwunden), 5 so behandelte Fälle von trockenem Nasenrachenkatarrh sind sämtlich geheilt.

Diskussion.

Broeckaert (Gent) fürchtet, dass die Erfolge nur vorübergehend sein werden. Gibt eher der Radiumtherapie, worüber er später berichten will, den Vorzug, will aber daneben die Paraffininjektionen nicht entbehren.

Koschier (Wien). Die operative Behandlung des Larynxkarzinoms.

Eine ausführliche Darstellung der vom Vortr. geübten Methode der Wundversorgung bei Kehlkopfkrebsoperationen. Keine primäre Naht. Die Wundhöhle wird nach Art eines Mikulicz-Tampons mit Jodoformgaze ausgefüllt und diese so lange als möglich, mindestens 10 Tage liegen gelassen. Der Tampon wird blos mittelst eines leichten Kompressivverbandes fixiert. Bei 30 bisher auf diese Weise versorgten Fällen nur ein einziger postoperativer Todesfall und dieser auch durch Nachblutung aus einer arrodierten Vena thyreoidea. Vortr. macht ferner die Statistik betreffend Vorschläge, man soll nur mit vier Zahlen arbeiten: 1. Zahl der beobachteten Fälle, 2. Zahl der operierten Fälle, 3. Zahl der postoperativen Todesfälle und 4. Zahl der nach 3 Jahren geheilt gebliebenen Fälle.

9. Sitzung am 3. September, vormittags.

Vorsitzende: v. Navratil, Hudson Maceven.

Referate:

I. Broeckaert (Gand). Gegenwärtiger Stand der Frage der Rekurrenslähmung (zerebrale und bulbäre Lähmungen).

1. Zerebrale Lähmungen: Es sind Publikationen gemacht worden über die Koinzidenz von Stimmbandlähmungen mit rein zerebralen Affektionen, sie halten aber eine strenge Kritik nicht aus. Alle experimentellen Untersuchungen haben nachgewiesen, dass nach der ausgebreiteten Zerstörung der zerebralen Kehlkopfzentren nur die willkürlichen Stimmbandbewegungen aufhören, die Reflex-Be-

weglichkeit bleibt unberührt. Die in den letzten Jahren angestellten Versuche haben bestätigt, dass bei Hunden in jeder Hemisphäre, auf der Höhe des vorderen äusseren Teiles des Gyrus praecrucealis ein Zentrum für die verschiedenen Bewegungen der Stimmlippen vorhanden ist. Die elektrische Reizung dieses Zentrums löst gewöhnlich einen bilateralen Effekt aus, ausnahmsweise kann man eine exklusive, das andere Mal eine prädominierende Kontraktion der kontrakteralen Stimmlippe erreichen. Dieses Zentrum ist streng genommen kein Phonationszentrum, es ist aber das zerebrale Zentrum des zur vokalen Akkommodation, und zur Phonation notwendigen Aktes. Nach Katzenstein läge die Lautgebungsstelle in der Nachbarschaft des Zentrums für willkürliche Stimmlippenbewegungen und des kortikalen Zentrums der Atembewegungen. Das Zentrum des Bellens entspricht dem Zentrum der Sprache beim Menschen, wenn man jenes zerstört, so wird das Tier aphatisch, dagegen nach Zerstörung des Zentrums für die Bewegung der Stimmlippen wird der Hund aphonisch.

2. Bulbäre Lähmungen. Die Schule von Louvain hat nachgewiesen, dass im Gegensatze zum klassischen Glauben der Kern der motorischen Larynx, innervation sich im dorsalen Vaguskern lokalisiert befindet. Wenn diese Befunde beim Menschen bestätigt wären, dann wären die bulbären Rekurrensparalysen Folgezustände der Verletzung dieses dorsalen Kerns. Die pathologisch anatomischen Daten, welche sich in der Literatur befinden, sind aber zur Entscheidung dieses Problems gänzlich ungenügend. Die Semonsche Lehre ist ziemlich häufig in Widerspruch mit den Tatsachen, welche von bulbären Affektionen abhängen.

II. Katzenstein (Berlin). Über Phonationszentren.

Dass nach Durchschneidung aller vier Kehlkopfnerven Stimmbildung durch Wirkung der äusseren Kehlkopfmuskeln und der Muskeln des Pharynx oder infolge des Stellungsreizes nach R. de Bois Reymond und Katzenstein möglich ist, ist lange bekannt. — Die Stimmbildung ist im Experiment oder bei menschlichen pathologischen Fällen möglich von den sogenannten subzerebralen Zentren; die bewusste normale Lautgebung des Tieres ist aber nur erzeugt von dem Lautgebungszentrum der Rinde. Die Pathologie der zentralen menschlichen Lautgebung wird durch die Tierexperimente nicht berührt. — Die Erzeugung unilateraler Stimmlippenbewegungen ist durch die Untersuchungen Matinis Katzensteins, Broeckaerts, Lewandowskis einwandsfrei erwiesen.

Diskussion:

Lautmann (Paris). Anstatt von Adduktoren und Abduktoren zu sprechen ist es richtiger die Ausdrücke „Erweiterer und Verengerer" zu benutzen. Gegen das Semonsche Gesetz wird vielfach deshalb opponiert, weil man glaubt, dass es dem M. recurrens eine besondere Eigenschaft zuschreibt. Es ist nicht überflüssig zu erwähnen, dass der Rekurrens nicht der einzige Nerv ist, dessen verschiedene Fasern verschiedenen Reizen gegenüber anders reagieren (N. opticus, N. acusticus).

Onodi (Budapest) muss sich Semons Ausspruch anschliessen. den experimentellen Ergebnissen keine allzugrosse Bedeutung beizumessen; das Hauptgewicht muss auf die pathologischen anatomischen Untersuchungen und klinischen Beobachtungen gelegt werden.

Gleitsmann (New-York).

Broeckaert (Schlusswort). Das Semonsche Gesetz wurde hier nur die zerebralen und bulbären Rekurrenslähmungen betreffend besprochen. Zum Schlusse betont Redner, dass eine vollständige Lähmung einer Stimmlippe zerebralen Ursprunges a priori unmöglich ist und auch von niemandem beobachtet wurde.

Vorträge:

Flatau (Berlin). Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie.

Die phonetische Therapie kann Platz greifen: 1. bei organischen Veränderungen, 2. zur Herstellung einer normalen idealen neutralen Koordination, 3. zur Heilung gewisser funktionshemmender pathologischer Bildungen, 4. bei Sinnesdefekten.

Gutzmann (Berlin). Über die Stimme und Sprache der Taubstummen.

Diskussion:

Katzenstein (Berlin) demonstriert eine Staubinde und einen Apparat zur direkten Massage der Stimmlippen.

Flatau (Berlin). Bei den Taubstummen hat die bewusste Ausübung der Atemgymnastik den besten Einfluss auf die Sprachbesserung.

Hudson Maceven (Philadelphia). Paresis des weichen Gaumens und anderer Sprechorgane.

Stern (Wien). Die Beziehungen der Laryngologie zu den Sprachstörungen.

Tóvölgyi (Budapest). Die Therapie der Sängerkehlköpfe.

Vortrag:

Flatau (Berlin) stellt folgenden Antrag, welcher einstimmig angenommen wurde:

„Die Organisation der phonetischen Therapie soll auf die Tagesordnung der laryngologischen Sektion des nächsten internationalen Kongresses gesetzt werden."

10. Sitzung am 8. September, nachmittags.

Vorsitzende: v. Irsai, Cisneros, Flatau, Gradenigo.

Vorträge:

Vausant (Philadelphia). Heisse trockene Luft zur Behandlung der katarrhalischen Entzündungen der Nase und des Ohres.

Moskovitz. Die schädlichen Folgen der Nasenmuskelresektionen für den Organismus.

Tóvölgyi (Budapest). Über eine neue Operationsmethode bei Septum, Spina, Crista und Nasenmuschelhypertrophien.

Morelli (Budapest). Fistula colli congenita bilateralis totalis.

Poli (Genua). Die trockenen Inhalationen nach Koerting.

Pollauer (Budapest). Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Ruprecht (Bremen). Demonstration eines neuen oto-rhino-laryngologischen Taschenbestecks.

Gross (Pittsburg). Luetische Periostitis und Sinus frontalis-Eiterung.

Polyák.

VI. Kongresse und Vereine.

XVIII. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Das Programm ist vorläufig wie folgt festgestellt:

Am 11. Mai 1910: Abends von 4—6 Uhr zwanglose Demonstrationen der Herren Dr. Hoffmann und Mann (Dresden). Abends von 8 Uhr an Begrüssung.

Am 12. Mai 1910: Morgens von 8—½1 Uhr wissenschaftliche Sitzung. ½2 Uhr nachmittags Geschäftssitzung; dann Fortsetzung der wissenschaftlichen Verhandlungen. 5 Uhr nachmittags Festessen. Nach demselben gemütliches Zusammensein.

Bisher sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Herr Seifert, Würzburg: Beiträge zur Amputation der Epiglottis.

2. Herr Jurasz, Lemberg: Beiträge zur Pathologie und Therapie des Skleroms.

3. Herr Denker, Erlangen: Zur Radikal-Operation des Kieferhöhlen-Empyems in Lokal-Anästhesie.

4. Herr Winckler, Bremen:
   a) Schnittführung bei der submukösen Fenster-Resektion.
   b) Klinische Beiträge zur Tonsillarfrage.

5. Herr Nadoleczni, München: Beobachtungen an Gesangschülern.

6. Herr Imhofer, Prag: Die Veränderungen der oberen Luftwege bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

7. Herr Hegener, Heidelberg: Ein binokulares stereoskopisches Kehlkopf-Fernrohr.

8. Herr Siebenmann, Basel: Thema vorbehalten.

9. Herr Polyak, Budapest: Über Prinzipien der intranasalen Chirurgie. (Gleichzeitig bilaterale Operationen, Anästhesie, Asepsis, Nachbehandlung etc.)

10. Herr Ephraim, Breslau: Über endobronchiale Therapie, besonders bei chronischer Bronchitis und Bronchial-Asthma.

11. Herr Max Senator, Berlin: Zur Behandlung der Aphonia hysterica.

12. Herr Hansberg, Dortmund:
   a) Bronchoskopie bei Säuglingen.
   b) Zur Operation der typischen Nasen-Rachen-Fibrome in der Fossa spheno palatina.

13. Herr Manasse, Strassburg: Über Mukocele und Exostosen der Stirnhöhle. (Mit Demonstrationen.)

14. Herr Hugo Stern, Wien: Thema vorbehalten.

15. Herr Meyer, Edmund, Berlin: Tuberkulin-Behandlung bei Kehlkopf-Tuberkulose.

16. Herr Zarniko, Hamburg: Turbinotomia submucosa.

17. Herr Killian, Freiburg: Kleinere Mitteilungen.

18. Herr Salzburg, Dresden: Krankenvorstellung.

19. Herr Joël, Görbersdorf: Erfahrungen bei Behandlung der Larynxtuberkulose.

20. Herr Kretschmann, Magdeburg: Ist das Salpingoskop eine Bereicherung des diagnostischen Instrumentariums?

21. Herr A. von Gyergyai, Klausenburg:
   a) Ein neues direktes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens und der hinteren Nasenpartien.
   b) Eine durch den Nasenrachen gehende neue Operationsmethode der Keilbeinhöhle.

22. Herr Möller, Hamburg: Atmokausis bei Ozaena.

In der Geschäftssitzung wird Herr Bernhard Fränkel Antrag zur Verleihung des Laryngologen-Preises aus der Bernhard-Fränkel-Stiftung stellen.

Das ausführliche Programm wird auf Wunsch durch den Schriftführer Dr. F. Blumenfeld in Wiesbaden, Taunusstrasse 4 versandt.

82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Königsberg i. Pr. 18.—24. September 1910.

Die Geschäftsleitung übersandte ein Rundschreiben, das wir auszugsweise mitteilen:

Die allgemeine Tagesordnung ist vorläufig wie folgt festgesetzt:

A. In den allgemeinen und Gesamtsitzungen sind bis jetzt die Vorträge folgender Herren in Aussicht genommen:

Ach (Königsberg): „Über den Willen."

Cramer (Göttingen): „Pubertät und Schule."

Külpe (Bonn): „Erkenntnistheorie und Naturwissenschaften."

v. Monakow (Zürich): „Lokalisation der Hirnfunktionen."

Planck (Berlin): „Die Stellung der neuen Physik zur mechanischen Naturanschauung."

Tornquist (Königsberg): „Geologie des Samlandes."

Zenneck (Ludwigshafen): „Verwertung des Luftstickstoffes mit Hilfe des elektrischen Flammenbogens."

B. Von sonstigen Veranstaltungen seien ausser den üblichen abendlichen Festlichkeiten genannt: Am 23. September nachmittags Ausflüge nach der benachbarten Ostseeküste, am 24. September Tagesausflüge a) zur Kurischen Nehrung und nach Memel, b) nach Marienburg und Danzig, mit Besichtigung der Marienburg, der Schichauwerft und der Technischen Hochschule.

Ausser den allgemeinen Sitzungen finden in üblicher Weise Einzelsitzungen und kombinierte Sitzungen der Abteilungen statt. Für die medizinischen Abteilungen ist, vielfach geäusserten Wünschen entsprechend, eine grössere Anzahl kombinierter Sitzungen in Aussicht genommen, zu denen schon eine Reihe von Vorträgen angemeldet sind.

Vorträge zu den Abteilungssitzungen werden bis zum 1. Juni an die Adresse der Geschäftsführung erbeten.

Die Versendung des ausführlichen Programms, die voraussichtlich im Juli stattfindet, erfolgt kostenlos auf schriftlichen Wunsch, der an das Bureau der Geschäftsführung zu richten ist.

Die Geschäftsführer: Professor Dr. Lichtheim, Professor Dr. Franz Meyer.
Bureau der Geschäftsführung: Drummstrasse 25—29.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologenkongress. Berlin, August 1911.

Ein Exekutivkomité für den Kongress ist durch Herrn Geheimrat Dr. Bernhard Fränkel einberufen worden. Dasselbe besteht, wie schon in voriger Nummer erwähnt, aus den Herren Fränkel, Landgraf, P. Heymann als Präsidenten, aus den Herren A. Rosenberg, Grabower und Finder als Schriftführer.

Ausserdem ist ihm als Vertreter der nicht der Laryngologischen Gesellschaft angehörigen Berliner Laryngologen Herr Prof. Benno Baginsky beigetreten. Das Komitee hat sich ferner durch Kooptation einer Anzahl von Laryngologen aus allen Teilen Deutschlands erweitert, und zwar sind dies bisher die Herren: Blumenfeld (Wiesbaden), Bruns (Tübingen), Freese (Halle), Friedrich (Kiel), Gerber (Königsberg), Hansberg (Dortmund), Hinsberg (Breslau), R. Hoffmann (Dresden), Killian (Freiburg), Manasse (Strassburg), Neumayer (München), Seifert (Würzburg), Spiess (Frankfurt a. M.), Thost (Hamburg), Winckler (Bremen).

Die Berliner Herren werden den Arbeitsausschuss des Komitees bilden.

In der ersten Sitzung des Komitees wurde unter anderem beschlossen, von einer allgemeinen Ausstellung, wie sie in Berlin aus Anlass des 70. Geburtstages B. Fränkels und in Wien bei der Türk-Czermak-Feier stattgefunden hatte, diesmal Abstand zu nehmen; dagegen fand der Gedanke allgemeine Zustimmung, die Entwickelung und den heutigen Stand eines oder einiger rhino-laryngologischer Sondergebiete zu illustrieren. In Aussicht genommen ist bisher eine Ausstellung die die experimentelle Phonetik in ihren Beziehungen zur Laryngologie veranschaulichen soll.

Alle den Kongress betreffenden Anfragen sind an den Schriftführer des Exekutivkomitees, Prof. A. Rosenberg, Berlin NW 6, Schiffbauerdamm 26, oder an Herrn Dr. G. Finder, Berlin W 62, Nettelbeckstrasse 17, als an den Schriftführer des Internationalen Komitees, zu richten.

Ferner ist beschlossen worden, einen Ehrenausschuss zu bilden. Als Themata für die Referate sind folgende beschlossen worden:

1. Die Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Laryngologie.
2. Bronchoskopie und Ösophagoskopie. Indikationen und Kontraindikationen.
3. Der Lymphapparat der Nase und des Nasenrachenraumes in seiner Beziehung zum übrigen Körper.

Die Namen der Referenten stehen noch nicht sicher fest.

VII. Personalia.

Dem Privatdozenten Dr. W. Dreyfuss in Strassburg und Dr. Böninghaus in Breslau ist das Prädikat Professor verliehen worden.

Unser ständiger Mitarbeiter, Herr Professor Dr. Citelli, hat einen Lehrauftrag für Otolaryngologie an der Universität Catania erhalten.

Emanuel Zaufal †.

Am 8. Februar 1910 starb in Prag nach langem Leiden im 73. Lebensjahre der emerit. Vorstand der deutschen oto-rhinologischen Klinik, Hofrat Prof. Dr. Emanuel Zaufal. Ursprünglich Militärarzt wurde ihm 1869 die venia legendi für Ohrenheilkunde erteilt und 1873 begründete er die Prager Ohrenklinik. Zaufal war Otologe und seine Haupttätigkeit erstreckte sich auf dieses Gebiet, auf welchem er bekanntlich bahnbrechend wirkte; es wird also Sache der otologischen Fachblätter sein, seine Tätigkeit in extenso zu würdigen. Er war ein energischer und konsequenter Gegner der Vereinigung von Laryngologie und Otologie und vertrat noch 1902 auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad diesen Standpunkt auf das Entschiedenste. Die Rhinologie berücksichtigte er eigentlich hauptsächlich als Hilfswissenschaft der Otologie. Dennoch hat er auch auf diesem Gebiete viel geleistet. Seine Methode der direkten Besichtigung des Nasenrachenraumes und des Tubenostiums mittelst der von ihm angegebenen Röhren wurde durch die Rhinoskopia posterior verdrängt, aber in jüngster Zeit kommt man zu der Überzeugung, dass sie in bestimmten Fällen mehr leistet als die Rhinoskopia posterior und alle modernen Versuche über Salpingoskopie etc. sind eigentlich nur eine Wiederholung resp. Vervollkommnung von Zaufals Verfahren. Ja sogar die elektrische Mignonlampe hat er, lange bevor sie noch ihre jetzige Verbreitung fand, zu diesem Zwecke herangezogen.

Auch die Entfernung von Nasenpolypen mittelst der kalten Schlinge unter Leitung des Auges, die Entfernung der hinteren Muschelenden mit Hilfe des in das Cavum pharyngonasale eingeführten Fingers, die digitale Evulsion der Choanalpolypen sind Fortschritte der Rhinologie, an deren Entwickelung Zaufal grosser Anteil zukommt, und die vielleicht heute nicht in genügendem Masse gewürdigt werden, weil sie dem modernen Rhinologen selbstverständlich dünken.

Im Jahre 1908 trat Zaufal, damals schon schwer leidend, nachdem er die gesetzliche Altersgrenze erreicht hatte, von der Leitung der oto-rhinologischen Klinik zurück. Das otium cum dignitate hat er kaum zwei Jahre genossen.

Von seinen Schülern haben sich vier der akademischen Karriere zugewandt; es sind dies Emilian Kaufmann, Professor der Ohrenheilkunde an der tschechischen Universität in Prag. Johann Habermann, Professor der Ohrenheilkunde an der Grazer Universität, Otto Piffl Zaufals Nachfolger in Prag und Wilhelm Anton, Dozent f. Oto-Rhinologie an der deutschen Universität in Prag.

Prag im Februar 1910. Imhofer.

Gellé-Jubiläum.

Ein Komitee bestehend aus den Herren: Bouchard, Dastre, S. Duplay, Gley, A. Laveran, F. Raymond, Bar, Bonain, Bonnier, Boulay, Bourgeois, Cartaz, Castex, Chatellier, Escat, Furet, Garel, Gaudier, Helme, Jacques, Lannois, Lavrand, Le Marc'hadour, Lermoyez, Lombard, Lubet-Barbon, Luc, Mahu, Martin, Molinié, Moure, Mouret, Noquet, Poyet, Ruault, Sébileau, Sieur, Texier, Vacher, Depierris, secrétaire général de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 20, rue Soufflot, Veillard, secrétaire, général de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 127, boulevard, Malesherbes erlässt folgenden Aufruf:

Deutschland und Österreich haben in berechtigter Anerkennung und Dankbarkeit jüngst die Altmeister der Otologie gefeiert. Die Jubiläumsfeiern für Politzer, Lucae, Schwartze waren ein Zeugnis der Anerkennung, die den Leistungen dieser Pioniere der Otologie dargebracht wurde. Wir haben das Recht und die Pflicht, uns nicht weniger dankbar zu zeigen als unsere Nachbarn.

Schüler und Freunde von Gellé senior halten den Augenblick für gekommen, ihn zu feiern und ihrer Verehrung und Anerkennuug für sein erfolgreiches und fruchtbares Wirken einen greifbaren Ausdruck zu geben. Sie haben daher beschlossen, ihm zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt eine Medaille zu überreichen. Sie eröffnen daher eine Sammlung, die am 1. April geschlossen werden soll.

M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris nimmt Zeichnungen entgegen.

Jeder, der mindestens 25 Fr. zeichnet erhält ein Exemplar der Plakette, die Herrn Gellé bei seinem Jubiläum überreicht wird.

Namensverzeichnis.

F.

G.

H.

Y.

Z.

Sachregister.

A.

B.

L.

M.

N.

O.

S.

T.

Z.



Fig. 1.



Fig. 2.



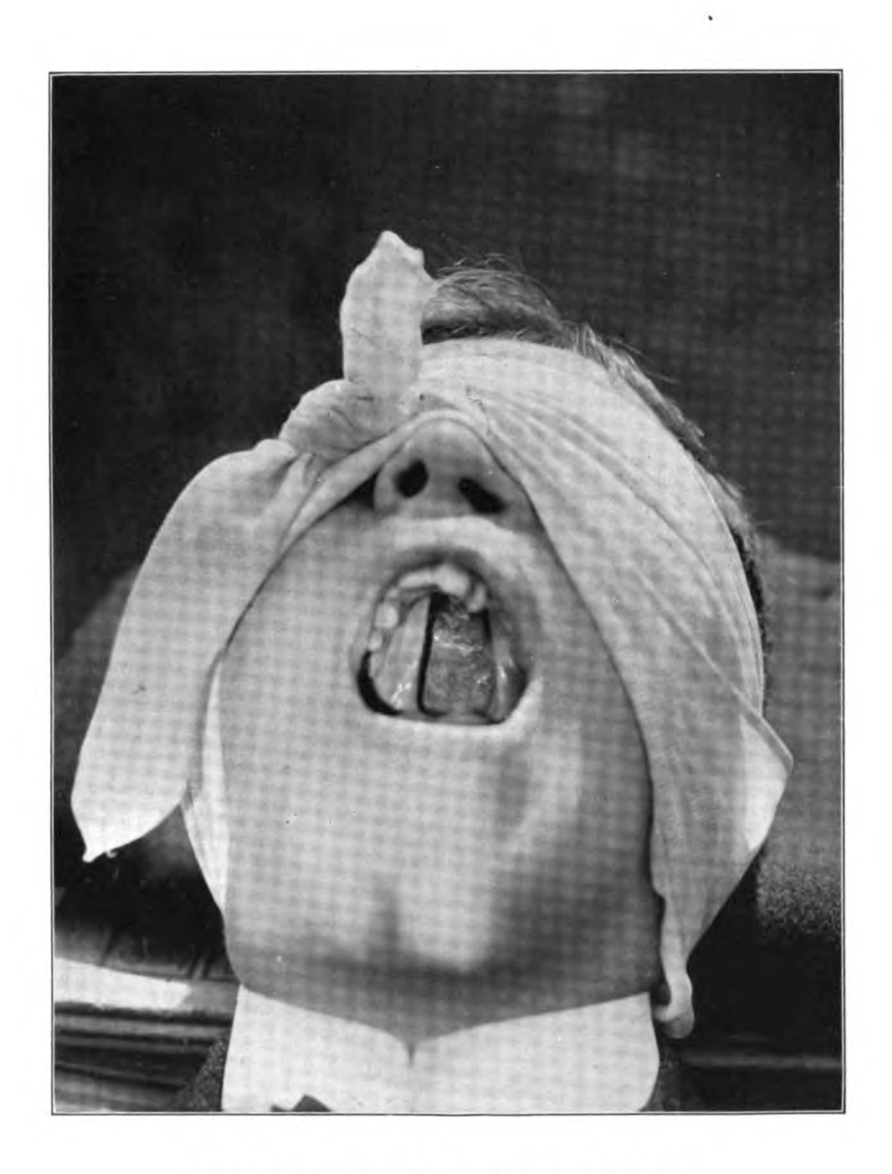
Fig. 3.



Fig. 4.

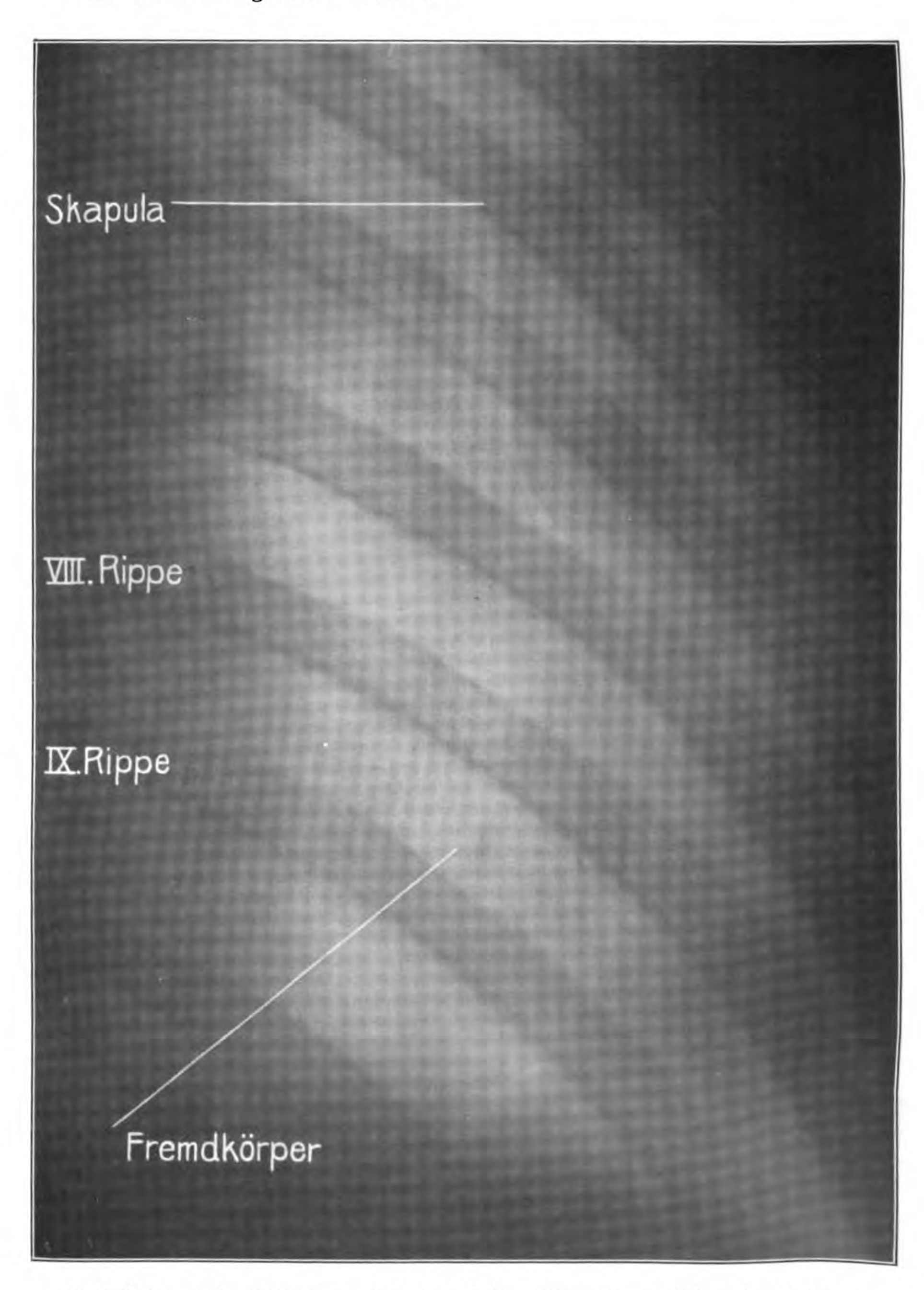
Henrici, Der Wert der Röntgenaufnahmen zum Nachweis von Zahnwurzelerkrankungen beim Kieferhöhlenempyem.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.



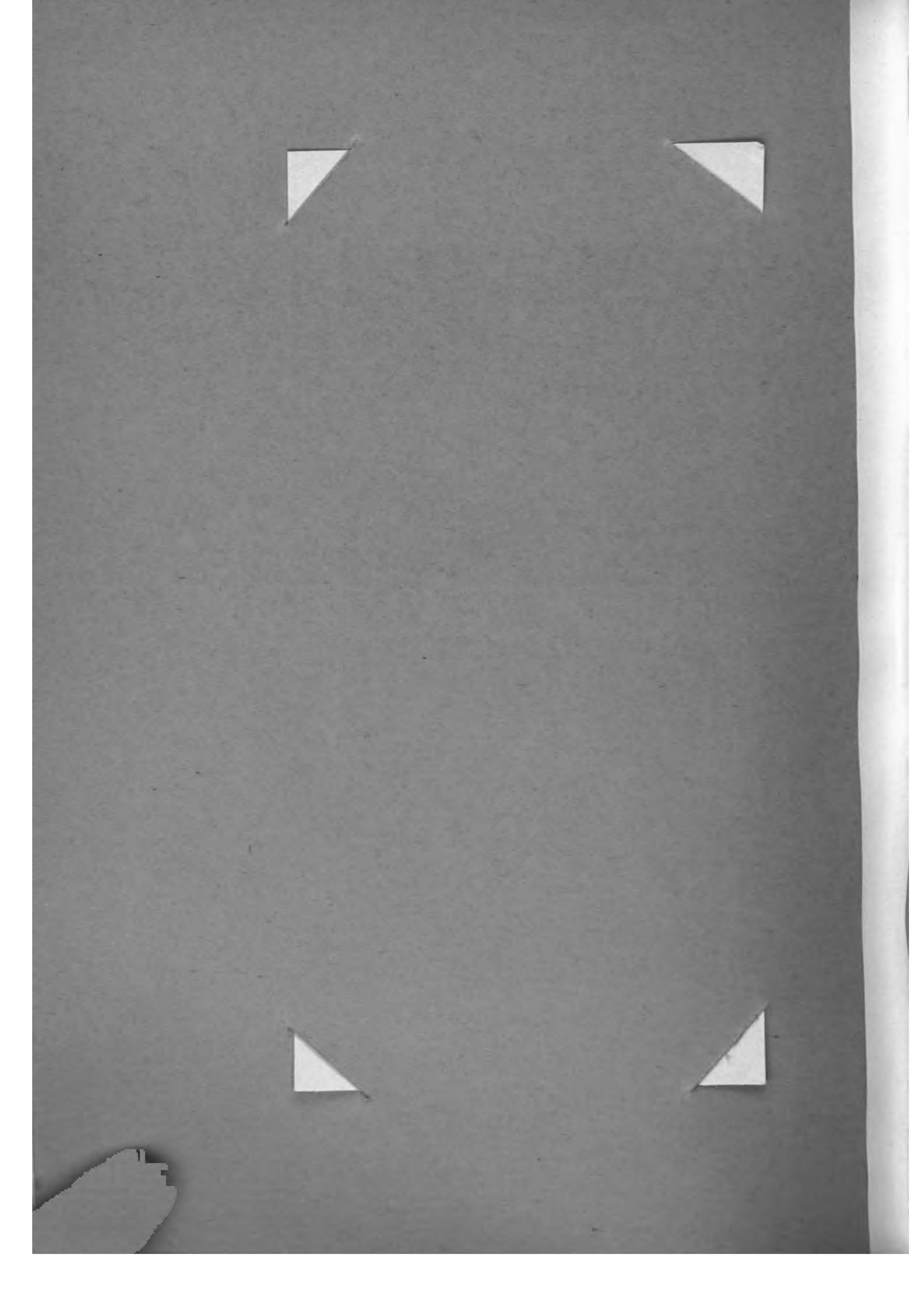
Katz, Zur Genese der Septumdifformitäten.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.



Schilling, Ein Beitrag zu den chronischen Fremdkörperfällen der Lunge.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.





Frau B., 30 J. alt, Vorlagerung des Vomer. (Nach Oper. der Muschelhyperpl.)

Hopmann, Vorlagerung des Vomer.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.

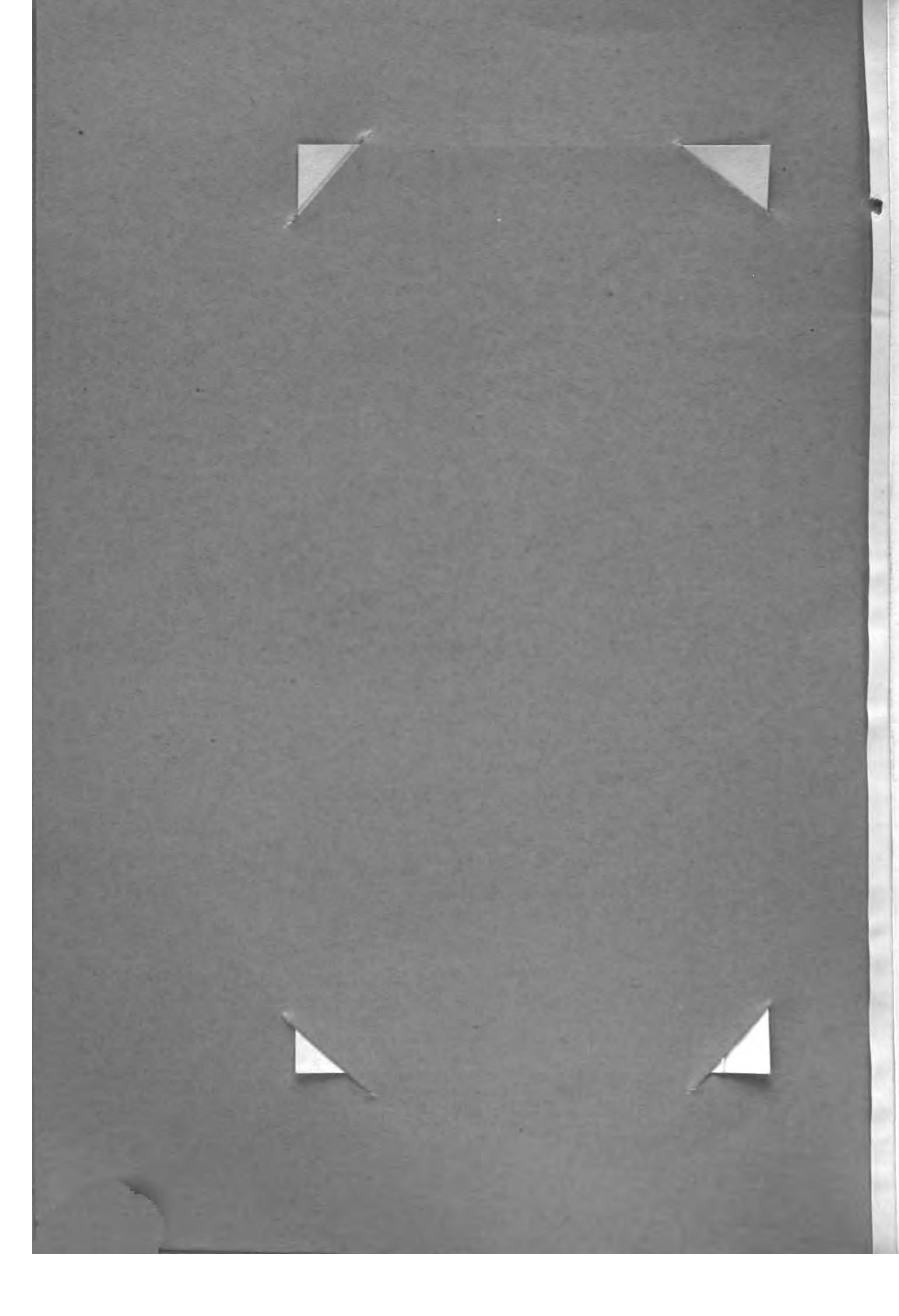


Fig. 1.

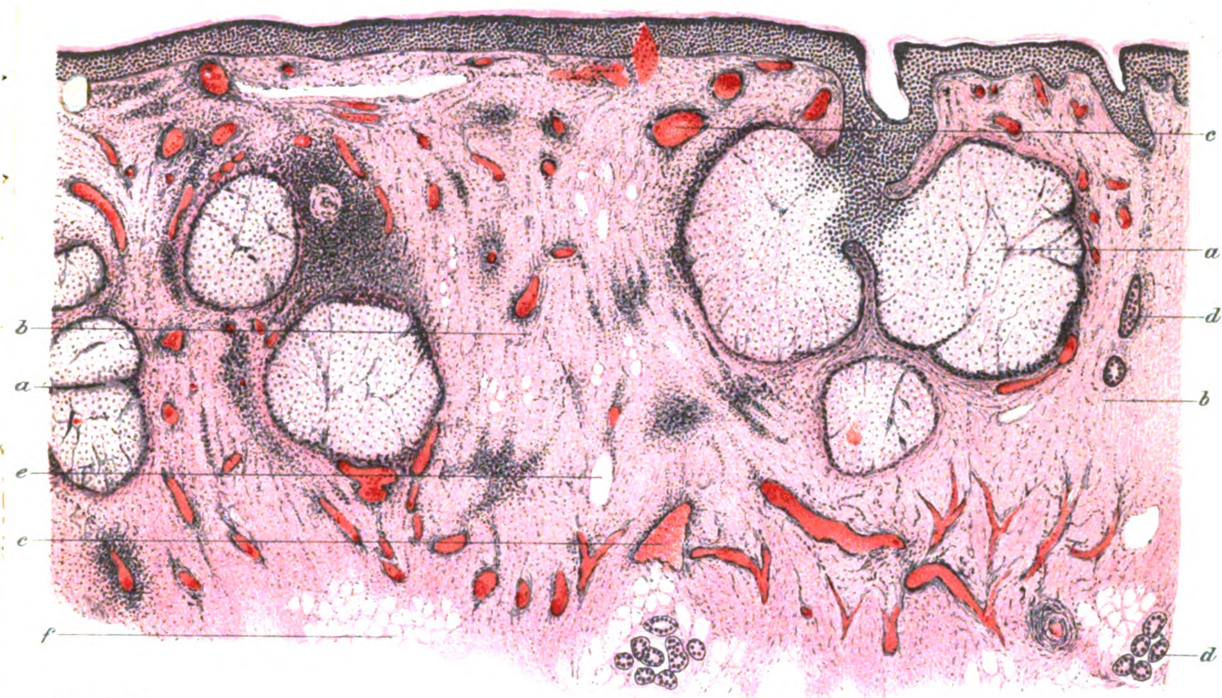
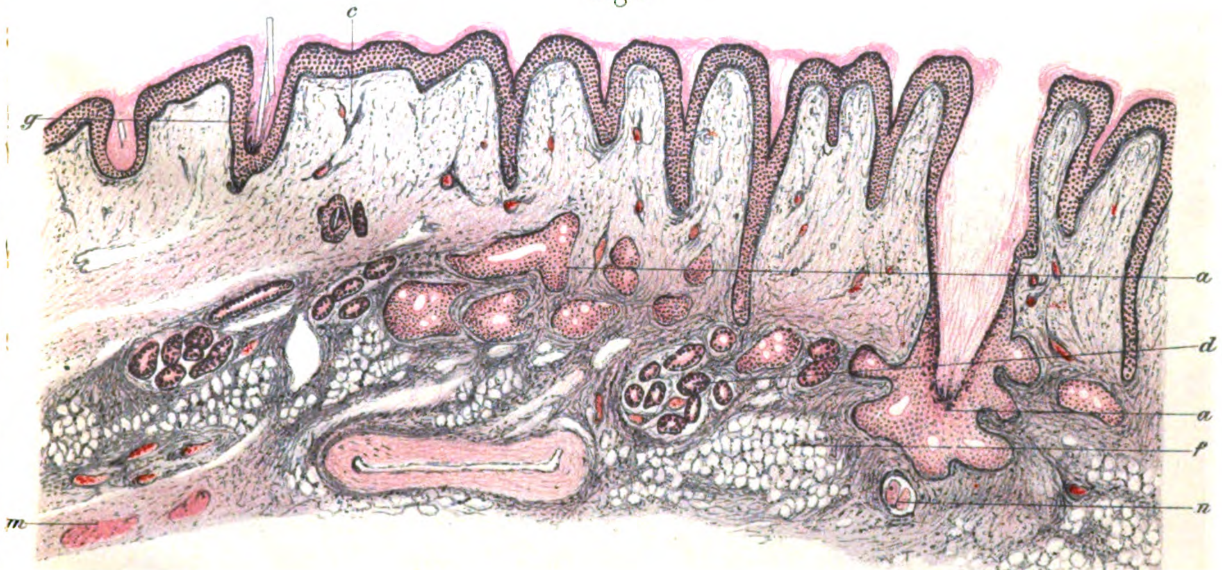


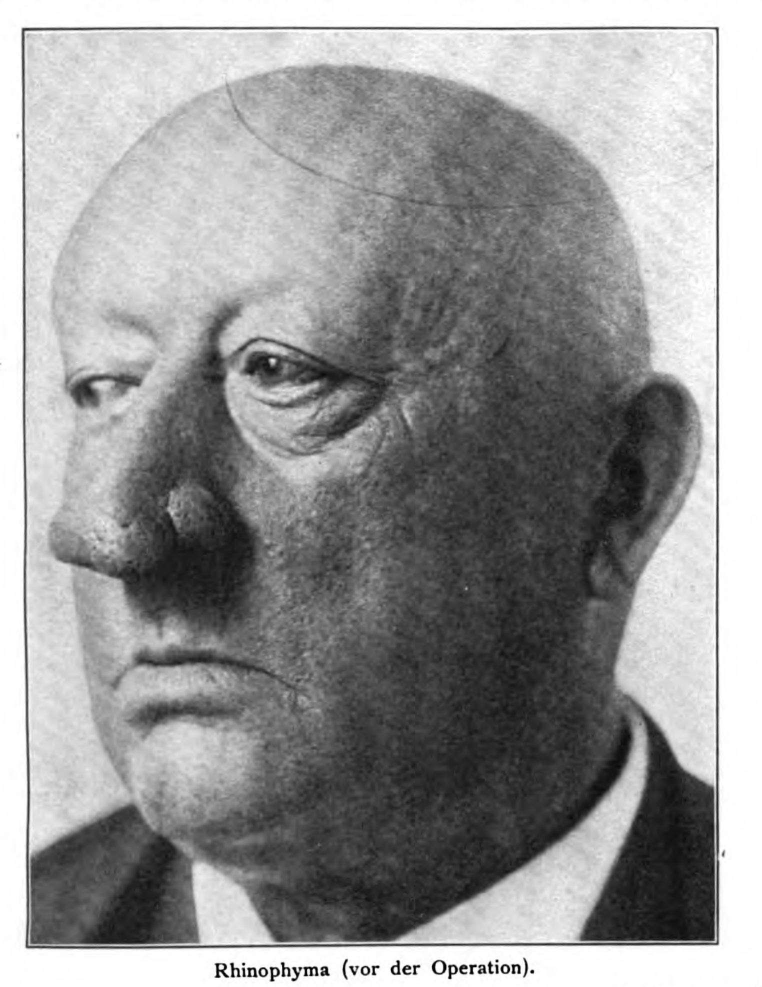
Fig. 2.



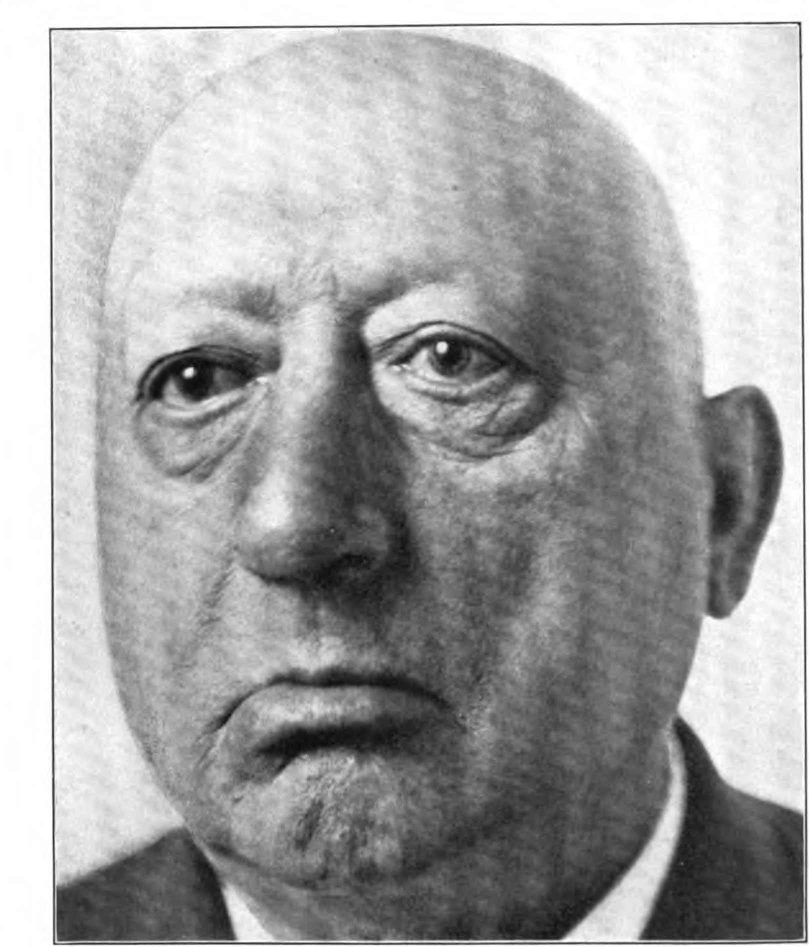
Hoffmann, Ueber das Rhinophyma.

Kurt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag.), Würzburg.

Kgl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A.G. Würzburg.



Rhinophyma (vor der Operation).



Rhinophyma (operiert).

Hoffmann, Über das Rhinophyma.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.

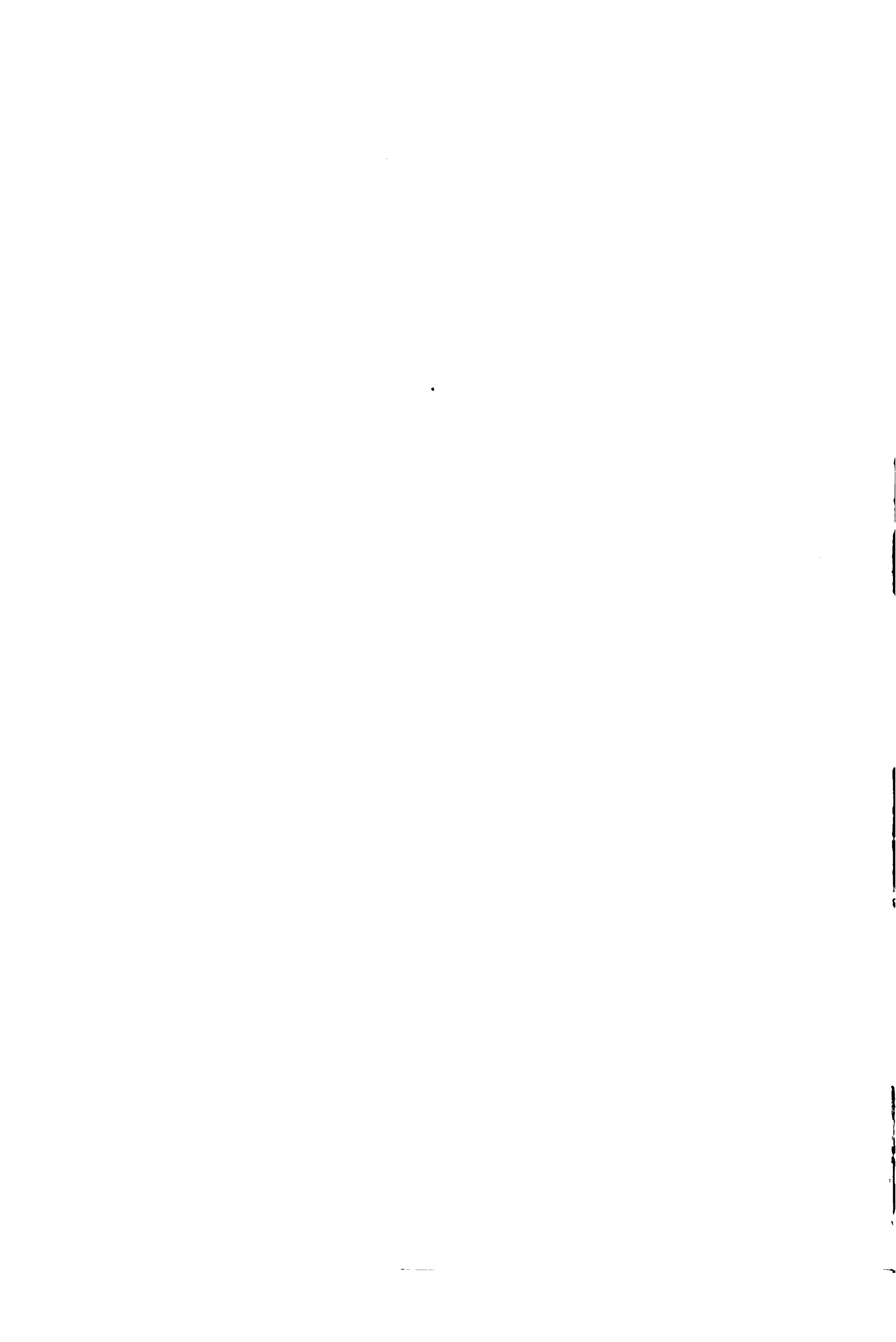




Fig. 1. Fig. 2.

Citelli, Über zwei mit meiner Methode behandelte klinische Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.

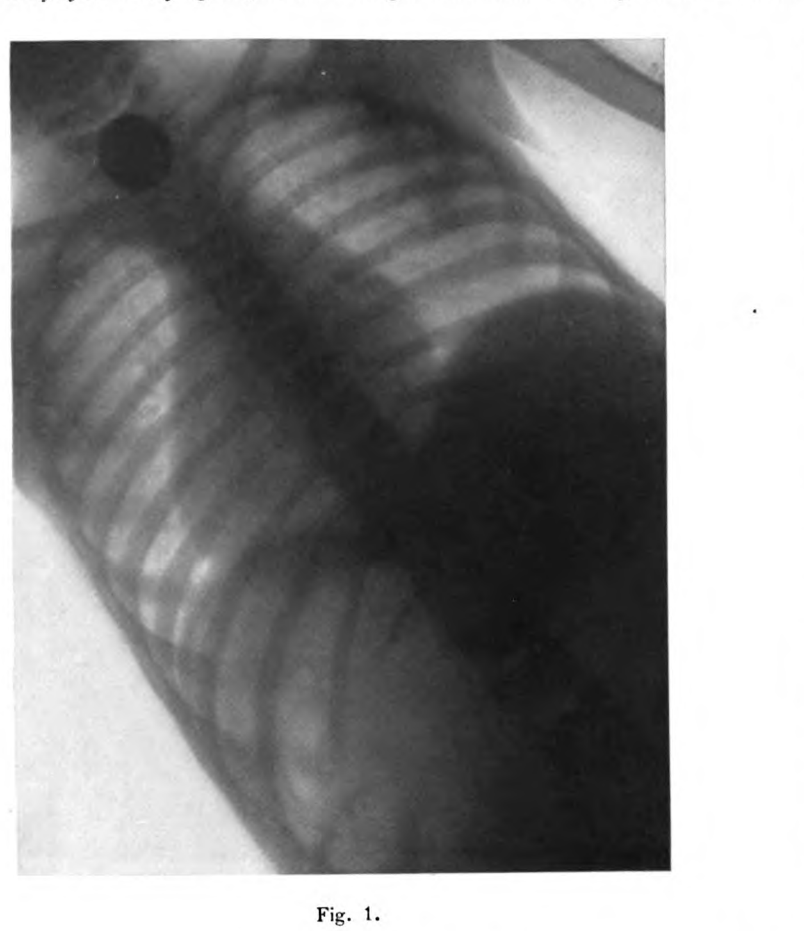


Fig. 1.

Fig. 2.

Neuenborn, Die direkte Untersuchungsmethode des Larynx und Ösophagus in der Praxis.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07656 2357



